

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1908-1909 — N° 64.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'INSUFFISANCE HÉPATIQUE

DANS LE

Délire alcoolique subaigu

SIGNIFICATION DE LA GLYCOSURIE ALIMENTAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 décembre 1908

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Valentin GUICHARD

ANCIEN EXTERNE ET INTERNE PROVISOIRE DES HÔPITAUX DE LYON

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE SAINT-ÉTIENNE

ANCIEN INTERNE DE L'ASILE DE BRON ET DES ASILES DE LA SEINE

Né à Toulon (Var), le 5 octobre 1880



LYON

IMPRIMERIES RÉUNIES

8, RUE RACHAIS, 8

—
1908

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'INSUFFISANCE HÉPATIQUE

DANS LE

Délire alcoolique subaigu

SIGNIFICATION DE LA GLYCOSURIE ALIMENTAIRE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'INSUFFISANCE HÉPATIQUE

DANS LE

Délire alcoolique subaigu

SIGNIFICATION DE LA GLYCOSURIE ALIMENTAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 décembre 1908

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Valentin GUICHARD

ANCIEN EXTERNE ET INTERNE PROVISOIRE DES HOPITAUX DE LYON

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE SAINT-ÉTIENNE

ANCIEN INTERNE DE L'ASILE DE BRON ET DES ASILES DE LA SEINE

Né à Toulon (Var), le 5 octobre 1880

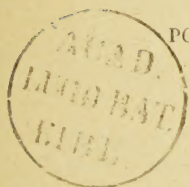


LYON

IMPRIMERIES RÉUNIES

8, RUE RACHAIS, 8

—
1908



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

DOYEN HONORAIRE
M. LORTET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER, TRIPIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		TEISSIER.
Clinique obstétricale et Accouchements.	{	BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	{	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants	{	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Physique médicale.	{	PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.	{	POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique.		X...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	{	HUGOUNENQ.
Anatomie.		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.	{	BEAUVISAGE.
Physiologie.		GUIART.
Pathologie interne.	{	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		RENAUT.
Anatomie pathologique	{	MORAT.
Médecine opératoire.		ROQUE.
Médecine expérimentale et comparée.	{	COLLET.
Médecine légale.		PIVOT.
Hygiène.	{	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.		ARLOING.
Pharmacologie	{	LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
	{	PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires	MM. ROCHET,	agrégé.
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.	NOVE-JOSSERAND,	—
Hygiène administrative	LESEUR,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie.	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	REGAUD.	J. LÉPINE.	NOGIER.
SAMBU.	COMMANDEUR.	LESEUR.	MOUNEYRAT.
COURMONT (P.)	GAYET.	MARTIN (Et.).	LATARJET, ch...
CHATIN.	MOREL.	CAVAILLON.	BÉRIEL, ch...
VILLARD.	NEVEU-LEMAIRE.	LAROYENNE.	
TIXIER.	PATEL.	VORON.	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LANNOIS, Président ; M. PIC, Assesseur ;
MM. SAMBU et J. LÉPINE, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Témoignage de reconnaissance et d'affection.

A MES MAITRES
DES HOPITAUX ET DES ASILES

*Nous remercions Monsieur le Professeur Lannois
de l'honneur qu'il nous fait d'accepter la présidence
de notre thèse.*

*Que Monsieur le Docteur Jean Lépine soit assuré
de toute notre gratitude pour l'intérêt qu'il nous a
toujours témoigné.*

La notion des auto-intoxications a enrichi le domaine de la pathologie mentale d'un chapitre étiologique des plus importants. Elle a mis en lumière un certain nombre de faits dont la complexité semblait défier toute classification.

Le but que nous nous proposons dans ce travail est de contribuer à établir les relations qui existent entre le délire alcoolique subaigu et l'insuffisance hépatique, et sur lesquelles Klippel, un des premiers, attira l'attention.

Après un historique de la question, nous verrons que les manifestations du délire alcoolique sont des symptômes communs à tous les délires d'auto-intoxication.

Nous analyserons par quel mécanisme il se produit, et le terrain sur lequel il évolue.

Enfin, après avoir présenté quarante-huit observations, nous utiliserons les résultats pour établir un pronostic basé sur la durée réciproque du délire et de la glycosurie alimentaire, signature clinique de l'insuffisance hépatique.

Nous remercions M. le docteur Vigouroux de nous avoir donné l'idée de notre sujet, et de nous avoir permis de recueillir dans son intéressante collection les observations que nous avons résumées, et qui sont tout l'intérêt de ce travail.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CHAPITRE PREMIER

Historique

Bien que les relations entre le foie et le cerveau, et leur influence réciproque, ne fussent pas bien déterminées, les anciens observateurs n'ont pas moins rapproché certains troubles de l'intelligence des modifications de l'organe qui sécrétait le fiel. L'hypocondrie est la plus ancienne des maladies mentales.

Vers le ^{xix}^e siècle seulement, Delaye, Foville et Guislain, font quelques recherches plus précises et citent quelques observations. Le dernier de ces auteurs rapporte, d'après Scipion Pinel, l'observation d'un homme de lettres devenu hypocondriaque et mélancolique, et chez lequel « le foie était d'un grand volume, renfermait des squirres et des parties lardacées, la vésicule du fiel contenait une petite quantité de bile rougeâtre ».

Georget, en 1820, signalait à propos de l'autopsie des aliénés, des altérations du foie que l'on n'avait « jamais soupçonnées pendant la vie, qui n'ont été annoncées, ni par la douleur, ni par la jaunisse..., telle est la dégénération graisseuse ». Esquirol considère les lésions du foie comme relativement peu fréquentes. L'époque contemporaine cherche à éclairer la pathogénie des accidents nerveux.

En 1880, Hammond invoque l'action toxique de la bile imprégnant l'organisme, pour expliquer les troubles mé-

lancoliques et hypocondriaques qui accompagnent les abcès du foie.

En 1882, Cyr étudie les accidents nerveux que déterminent les coliques hépatiques. De Bruni, à Amsterdam, recherche le pouvoir toxique de la bilirubine, et Raphely, à Lyon, étudie certains états mélancoliques liés aux troubles fonctionnels du foie. Grilli lui refuse toute influence dans la genèse des troubles psychiques.

Depuis 1890, la pathogénie des troubles mentaux d'origine hépatique est devenue l'objet de travaux que la clinique et l'expérience ont pleinement confirmés à l'heure actuelle. Cette période de recherches est fort intéressante.

Ce sont, d'abord, les démonstrations de Klippel à l'asile Sainte-Anne, en 1890. Dès cette époque, Klippel, s'inspirant des travaux du professeur Bouchard, sur le rôle important des auto-intoxications en pathologie générale, attire l'attention sur le rôle de l'insuffisance hépatique dans les maladies mentales.

En 1893, dans leur rapport du Congrès de La Rochelle, Régis et Chevalier-Lavaure donnent, avec beaucoup de soins et de détails, la description des troubles psychiques dus aux auto-intoxications. Charrin et Léopold Lévi s'occupent des troubles délirants survenant au cours ou à l'issue de maladies du foie constituées. Lévi admet même une neurasthénie hépatique, une épilepsie hépatique, un délire hépatique, une pseudo-paralysie générale hépatique.

Klippel serre le problème de plus près lorsque, dès 1892, il recherche la cause du trouble mental dans l'insuffisance de la cellule hépatique. Chez nos malades, dit

Klippel, « les signes habituels des maladies du foie font défaut et ne peuvent attirer l'attention de ce côté. On ne rencontre ni douleurs, ni pesanteur dans l'hypocondre, ni point de côté hépatique, ni ascite, ni ictère... La symptomatologie se résume dans un ensemble de signes attestant tous le trouble biochimique d'un élément unique du foie, la cellule. »

En 1893, au Congrès de La Rochelle, en 1894, dans les *Annales médico-psychologiques*, en 1897, dans la *Revue de psychiatrie*, Klippel insiste sur le rôle de la lésion matérielle ou dynamique de la cellule du foie dans un certain nombre de délires.

Parmi les publications récentes, citons encore : *Les leçons du professeur Joffroy à l'asile Sainte-Anne*, en 1895, et la communication du même auteur à la Société médicale des hôpitaux en 1896, le travail de Cullerrie (1898), l'article de Gilbert Ballet et Maurice Faure (*Presse médicale*, 30 novembre 1898), la thèse très documentée de Maurice Faure (1900), les travaux de Kischkine, de Falk, de Haskovec, de Barbacci, de Massalongho, de Vigouroux, de Vigouroux et Juquelier, de Gilbert et Lereboullet.

En 1903, Carrive a cru pouvoir attribuer à l'insuffisance hépatique un cas de délire aigu, observé chez un paludéen (*Archives générales de médecine*, du 11 août 1903).

Juquelier (in thèse) reprend la question de l'insuffisance hépatique ; et apportant une série d'observations personnelles très intéressantes, attribue définitivement à l'insuffisance hépatique le rôle exact qu'elle joue dans l'éclosion des délires alcooliques.

CHAPITRE II

Délire alcoolique et auto-intoxications

Dans un mémoire intitulé *Le délire alcoolique n'est pas un délire, mais un rêve*, Lasègue, après avoir donné une excellente description du rêve physiologique, et fait une analyse minutieuse du délire alcoolique, admet la continuité du rêve alcoolique et de son délire : « L'un ne suit pas l'autre à distance, il en devient le maximum, comme la strangulation qui termine la crise de coqueluche, comme le vulgaire éternuement qui succède au chatouillement du nez et qui ne viendrait pas sans lui. »

Le rêve vit exclusivement d'images, et ces hallucinations de la vue offrent quelques particularités. « La durée de chaque vision est courte ; les images se succèdent sans transition, comme dans les lanternes magiques. Chez l'homme éveillé, la succession des images n'implique pas la croyance au déplacement du spectateur..., mais le dormeur a perdu sa personnalité, le rêveur est plus qu'un spectateur : il n'assiste pas, il est acteur. Le moi joue dans ses histoires un rôle prépondérant. Le rêve de l'alcoolique est identique à son délire éveillé. Celui-ci est préparé par des rêveries de durée variable, et l'on peut décomposer toute crise de delirium

en trois temps : Période de délire exclusivement nocturne avec retour à la santé mentale pendant le jour ; délire diurne et même à ce stade, prédominant encore la nuit ; convalescence.

« L'alcoolique est l'égal de tout rêveur, en mouvement incessant pendant la crise. Les récits sont longs, mais saccadés, sans logique. Des faits et pas de réflexion, encore moins d'étonnement et de critique. Ce qui se passe, se passe, et voilà tout ; pas même une récrimination, ni une menace contre les persécuteurs... Il les a dénoncés, jetés à l'eau, assassinés ; autant de faits accomplis qui n'impliquent même pas la notion du lendemain. »

Un autre caractère du délire alcoolique, caractère sur lequel Baillarger avait insisté au sujet de l'état de rêve, c'est la possibilité qu'il a d'être suspendu ; si au milieu de la confusion délirante de l'alcoolique, on lui pose une question, en dehors de ses conceptions délirantes, il s'étonne, regarde à la façon d'un homme qui s'éveille et répond d'une façon raisonnable aux questions sur son âge, sa famille, et laissé de nouveau à lui-même, il retombe dans son délire.

Voici donc un délire préparé par des rêves antérieurs, constitué par la prolongation du rêve à l'état de veille, caractérisé par la perte de conscience de la personnalité, des hallucinations de la vue, mobiles, incohérentes, délire d'action dans lequel le rêveur n'est pas seulement spectateur, mais acteur, qui manifestement survient chez des alcooliques.

Mais ce délire ainsi caractérisé, s'observe-t-il uniquement chez les malades intoxiqués par l'alcool ?

Dans les intoxications *gastro-intestinales*, après une

période d'invasion caractérisée par des troubles de la santé générale, de la perte d'appétit, de la tristesse, de l'inquiétude, de l'insomnie et surtout par une céphalalgie intense, éclatent brusquement les accidents graves. Parfois, c'est une véritable attaque convulsive, comme on en observe chez les alcooliques, puis l'accès acquiert rapidement son intensité : il consiste en un délire hallucinatoire à caractère professionnel ou terrifiant, avec prédominance de fausses sensations visuelles, représentant un véritable rêve en action. Ce délire est de tout point comparable au délire alcoolique.

Depuis que le professeur Pierret a montré l'influence auto-toxique de la constipation et sa fréquence, de nombreux auteurs se sont attachés à l'étude des cas aigus de psychose par rétention, Hutchinson, 1886, Bridger, 1886, Wagner von Jauregg, 1896, 1904, Alessi, 1897, Solder, 1898, Fürst, 1901.

Le délire *paludéen* est aussi, bien souvent, un délire de rêve (Ponty). « Ce délire est souvent professionnel, d'autres fois terrifiant ; lorsqu'on approche du malade, qu'on lui parle doucement, il ne répond pas. Les yeux sont fixés sur un être imaginaire avec lequel il cause. Secouez-le, parlez-lui brusquement ; il se retourne, étonné, un peu hébété, comme tout individu qui se réveille, et il vous parle, vous reconnaît. »

Dans les affections *rénales*, Florant et Spigaglia avaient signalé, en 1891, l'analogie du délire urémique et du délire alcoolique et Spigaglia s'était demandé en présence de cette ressemblance frappante « si la plupart des délires toxiques, alcoolique, saturnin, puerpéral, ne

sont pas déterminés par l'intermédiaire des lésions rénales concomitantes ».

Depuis, Chevalier-Lavaure, Regis, Bischoff, Jacobson, Vigouroux et Juquier, ont mis la question au point.

Le délire des *fièvres éruptives* revêt généralement les mêmes caractères, et c'est encore du délire de rêve que l'on a signalé dans certaines infections, dont l'érysipèle est la plus fréquente. Des observations ont été apportées par Baillarger, Jaccoud, Roger, Vidal, Chanemesse, Joanny Roux.

J. Roux a publié, en 1897, une auto-observation d'un délire de quatre jours qu'il a eu lui-même durant un érysipèle grave, et il en conclut que « le délire fébrile peut, dans certains cas, être assimilé à un rêve se produisant à l'état de veille et se mélangeant à des doses diverses à la réalité extérieure ». Voici donc des manifestations délirantes analogues, et cependant bien différentes en apparence sont les causes qui les produisent. Il s'agit tantôt d'un état fébrile et infectieux, tantôt d'une imprégnation chronique de l'organisme par ses propres déchets, tantôt de troubles de la nutrition et nous n'avons pas encore cité l'*inanition* ou l'abstinence prolongée dans lesquelles on a décrit de l'insomnie, des rêves, des cauchemars, des illusions, des hallucinations, de l'onirisme, se continuant le jour, dans certains cas.

Il est donc logique de se poser la question suivante : L'alcool est-il la cause directe du délire, ou agit-il par un mécanisme plus complexe ?

Bien qu'il ait détaché de son étude l'ivresse délirante, Lasègue croit à l'influence directe et n'étudie l'action

toxique de l'alcool que sur le cerveau. Il va même plus loin et il considère le délire de rêve, le rêve prolongé, comme presque caractéristique de l'alcoolisme chronique.

Nous venons de voir que l'alcool n'est pas toujours la cause des délires de rêve ; nous allons voir dans quelle mesure il peut les provoquer.

CHAPITRE III

Caractères des lésions organiques dues à l'Alcool.

Le délire de rêve n'est pas symptomatique de l'alcoolisme, et quand il survient chez des alcooliques, M. Klippel a montré qu'il n'était pas dû à l'action directe de l'alcool sur les centres nerveux ; s'il en était autrement, comment expliquer ces délires de rêve et même les accès de *delirium tremens* survenant chez des sujets, alcooliques anciens, il est vrai, mais *soumis depuis longtemps à l'abstinence* ?

D'autre part, l'alcool ne s'accumule pas dans l'organisme, il s'y transforme ; il ne peut donc être accusé, alors que le malade n'en consomme plus depuis plusieurs jours.

L'action *immédiate* de l'alcool sur les centres nerveux est caractérisée par l'ensemble des symptômes qui constituent l'*ivresse*. M. Klippel divise les accidents en trois périodes :

« Dans une première phase, le pouls s'accélère, la respiration augmente de fréquence, la peau se couvre de moiteur, la sécrétion urinaire est activée, les fonctions cérébrales semblent s'effectuer plus facilement, et l'individu éprouve insensiblement un grand bien-être. Jusqu'ici, l'état du sujet est à peine pathologique.

« Dans une deuxième phase, les idées se succèdent avec une si grande rapidité, que le malade n'a pas le temps de les énoncer dans leur ordre de succession ; il est loquace, bruyant, extravagant... L'aspect clinique varie suivant les tendances naturelles des sujets qui sont joyeux, tristes ou courroucés. Les mouvements sont mal coordonnés, maladroits. Pendant la marche, on observe cette irrégularité, cette impossibilité de suivre une ligne droite, le corps semblant impulsivement poussé et par secousses, tantôt à droite, tantôt à gauche. Les jambes embarrassent le malade, il trébuche comme s'il avait rencontré un obstacle imprévu, *il titube*, souvent il tombe. La démarche n'est pas sans analogie avec ce qu'on observe dans les tumeurs du cervelet, l'ataxie cérébelleuse, la sclérose en plaques, les lésions des tubercules quadrijumeaux.

« Les mouvements respiratoires et la circulation sont troublés.

« La sensibilité s'éteint.

« Dans une troisième période, le malade tombe dans un profond sommeil avec résolution des membres, perte des réflexes si l'ivresse est complète, et sommeil comateux.

« Dans les cas extrêmement graves cités par Orfila, l'alcool ingéré en grande quantité peut amener la mort dans le coma en quelques heures. »

Nous savons que l'alcool ne s'accumule pas comme la morphine, par exemple, et deux ou trois jours après, il n'en reste plus trace dans l'organisme.

L'alcoolisme chronique se traduit par une série de troubles de la sensibilité et de la motilité. Ce sont des pituites matinales, des fourmillements, des picotements

et des crampes, des soubresauts, du tremblement, des troubles vaso-moteurs et circulatoires, des bourdonnements d'oreille, des éblouissements, des vertiges, de l'insomnie, des cauchemars et des attaques épileptiformes. Au point de vue anatomique, les lésions sont produites par une dégénérescence granulo-graisseuse et pigmentaire des artérioles et des capillaires de l'écorce cérébrale, par une altération de même nature des éléments nerveux eux-mêmes, centraux et périphériques.

Mais les centres nerveux ne sont point les seuls lésés par le toxique introduit à doses régulières dans l'organisme ; tous les organes en subissent l'action nocive et particulièrement le foie, auquel est justement dévolu un rôle de défense contre les toxines venues du tube digestif, ou fabriquées dans l'organisme.

Expérimentalement on est arrivé à provoquer dans le foie des réactions subordonnées à la dose et à la durée d'action de la substance chimique irritante mise en jeu. Une dose forte et unique de poison tue la cellule hépatique; de petites doses, longtemps répétées, la laissent vivre, mais retentissent sur les parois vasculaires et le stroma conjonctif.

De Rechter, reprenant les expériences d'intoxication alcoolique chez le lapin et chez le chien, obtient une stéatose hépatique aiguë, si l'alcool est donné pendant un temps relativement restreint, et en grande quantité à la fois ; une cirrhose péri-vasculaire, péri-portale chez le lapin, péri-sus-hépatique chez le chien, si de petites doses du poison sont ingérées pendant un long espace de temps.

Straus et Blocq, Hans, Afanassiev, obtiennent de l'hé-

patite subaiguë diapédétique, en donnant de petites doses longtemps continuées.

Sabourin, Von Kohlden, Laffitte, constatent des lésions de dégénérescence cellulaire, de stéatose des cellules hépatiques, en donnant le toxique à haute dose et pendant un temps relativement court.

D'autre part, des processus toxiques multiples peuvent évoluer côte à côte chez le même sujet, ou s'influencer réciproquement, s'associer en proportions et en combinaisons variées. Ces lésions à pathogénie complexe sont d'autant plus fréquentes que le sujet est plus avancé en âge, a derrière lui un plus long passé pathologique.

Chez les alcooliques chroniques, dont la cellule hépatique est non seulement atteinte par le poison alcool, mais par toutes les toxines que transporte la veine porte, la lésion qui domine est la *dégénérescence graisseuse*.

Les cellules sont transformées en vésicules adipeuses ; cette lésion atteint partout le même degré, de sorte que le lobule n'est plus distinct que par la présence des vaisseaux sus-hépatiques au centre du lobule dégénéré et des vaisseaux portes à la périphérie.

Dans quelques points seulement, on voit un certain degré d'inflammation récente, caractérisée par des cellules embryonnaires.

Il arrive donc un moment où le foie cesse de remplir son rôle de défense contre les poisons exogènes et endogènes. Il suffit alors d'une cause banale : embarras gastrique, infection, nouveaux excès alcooliques, pour que l'auto-intoxication se manifeste, et avec elle le délire, sous forme de délire de rêve.

D'autres fois, des malades soumis à l'abstinence depuis

longtemps, après avoir été des alcooliques, sont devenus des hépatiques. Ils délirent alors comme prédisposés, comme atteints de lésions cérébrales créées par l'alcool et surtout comme frappés dans leur foie devenu insuffisant.

Le délire alcoolique, bien qu'étant le résultat d'une auto-intoxication « reste révélateur, d'une manière générale du moins, de l'étiologie alcoolique de l'auto-intoxication actuelle », par ce fait que l'alcool a préalablement agi sur l'organisme tout entier, et qu'il a ainsi préparé un terrain tout spécial et disposé à réagir sous un certain mode.

Le délire onirique de l'alcoolisme devient donc l'égal des délires par troubles de la nutrition, des délires infectieux ; c'est un délire d'auto-intoxication, où le foie joue le rôle le plus important.

Nous espérons contribuer à confirmer cette opinion en publiant de nouvelles observations d'*alcooliques chroniques*, entrés à l'asile de Vaucluse pour un accès de *délire subaigu* et *sortis guéris*.

CHAPITRE IV

Conditions du délire. — Terrain. — Insuffisance hépatique (Glycosurie alimentaire).

Nous avons dit que le délire alcoolique était la résultante de trois facteurs : lésions progressives produites par l'alcool dans les tissus et sur la cellule hépatique en particulier, suspension momentanée de la fonction antitoxique du foie et réaction des centres nerveux.

Cette dernière cause suppose-t-elle nécessairement une prédisposition au délire, indépendante de l'altération anatomique du système nerveux ?

Nous savons que la cellule cérébrale a une autre prédisposition à réagir suivant un mode particulier, c'est la *prédisposition héréditaire*.

Cette notion domine la pathologie mentale et ne doit pas être perdue de vue ; or, cette tendance héréditaire peut être le reliquat d'intoxications ayant agi sur l'embryon lui-même, elle peut être le résultat d'un trouble de la nutrition générale des ascendants directs, elle peut être encore plus lointaine, chaque génération ayant reçu de la précédente la tendance à réagir d'une façon insuffisante contre les intoxications de l'organisme.

En un mot, les malades chez lesquels l'insuffisance

hépatique s'accompagne de troubles délirants sont-ils des dégénérés en même temps que des alcooliques ?

Quelques-uns des malades que nous avons observés ont des stigmates physiques et psychiques de *dégénérescence*. D'autres, d'après les modes particuliers de réaction qui se greffent sur le délire, peuvent être considérés comme des *dégénérés* dont la résistance n'avait pas encore été mise à l'épreuve.

La plupart paraissent indemnes de tout stigmate et peuvent être considérés comme des individus normaux, à moins que le besoin de boire ne soit par lui-même un trouble du caractère. Mais tous les alcooliques avec lésions hépatiques ne réagissent point cérébralement. Nous pouvons donc qualifier de *prédisposés* les individus qui n'auraient jamais manifesté de troubles mentaux si l'alcool et l'insuffisance hépatique n'avaient associé leur action convergente.

Ces considérations générales sont nécessaires pour nous permettre de faire quelques remarques intéressantes et que nos observations mettront mieux en évidence.

Il existe un parallélisme certain entre la durée de l'insuffisance hépatique et celle de l'accès subaigu chez ceux de nos malades que nous devons considérer comme de simples *prédisposés*.

Chez les vieux alcooliques chroniques présentant tous les troubles moteurs et sensitifs caractéristiques de lésions anatomiques avancées, le délire dure plus longtemps et persiste après la disparition de l'insuffisance.

Enfin, dans d'autres cas, la cellule hépatique a repris ses fonctions normales, bien avant qu'aucune amélioration ne se soit produite au point de vue mental et les ma-

lades délirent encore plusieurs mois après. C'est ce qui a lieu pour les sujets manifestement *dégénérés*.

On peut donc considérer qu'un délire alcoolique subaigu est d'autant plus grave qu'il est en rapport moins direct avec l'évolution de l'insuffisance hépatique.

Comment constaterons-nous cliniquement celle-ci ?

Il ne s'agit pas de l'insuffisance hépatique grave, primitive ou secondaire, qui s'accompagne d'hémorragies diverses, d'asthénie musculaire, d'hypothermie, d'anorexie, de fétidité et de coloration des selles, dans laquelle les urines sont rares et fortement urobilinuriques, l'excrétion de l'urée extrêmement diminuée.

Le plus souvent il s'agit de l'insuffisance hépatique légère, forme latente et atténuée de l'altération cellulaire. On ne rencontre que très rarement de la douleur dans l'hypocondre droit ; il n'y a ni ictère, ni ascite, mais des troubles gastro-intestinaux, qui sont souvent sérieux. D'après Gilbert et Lereboullet, la *stéatose hépatique latente* passe souvent inaperçue, malgré son retentissement fâcheux sur la santé générale ; seules des modifications dans la composition de l'urine traduisent la lésion hépatique. Celles-ci sont chargées d'urobiline, quelquefois d'indican ou de pigment rouge brun, l'excrétion de l'urée diminue par rapport à l'azote total et la fonction glycogénique est atteinte.

Les troubles de la fonction glycogénique sont faciles à mettre en évidence par ce qu'on appelle, depuis Colrat (1875) et Lépine (1876), l'épreuve de la *glycosurie alimentaire*. Si l'on donne le matin à jeun 150 grammes de sirop de sucre à un individu sain, dans les urines, recueillies d'heure en heure et soigneusement examinées,

on ne retrouve pas de glucose ; lorsque le foie est altéré, au contraire, le sucre passe dans les urines d'autant plus vite et en quantité d'autant plus grande, que la cellule hépatique fonctionne moins bien, c'est-à-dire, qu'elle est plus malade. Cette épreuve est la plus simple et le clinicien ne doit jamais éviter de la pratiquer chez un alcoolique chronique.

La glycosurie alimentaire, discutée au Congrès de Toulouse, en 1902, doit être considérée comme ayant une haute valeur clinique, à condition toutefois, que l'on ait soin d'éviter quelques causes d'erreur sur lesquelles Achard, Castaigne, E. Weill, ont depuis plusieurs années attiré l'attention. Trois facteurs peuvent intervenir pour fausser les résultats de l'épreuve : un vice d'absorption de la muqueuse digestive, un état spécial des tissus qui les rend incapables de détruire une quantité plus ou moins grande de sucre et une perméabilité rénale défectueuse. Mais, chez les alcooliques, le foie est particulièrement altéré et, en dehors des lésions rénales qui, dans quelques cas, peuvent être elles-mêmes la cause du délire, nous sommes autorisé à attribuer la glycosurie à un trouble passager de la cellule hépatique. D'autres malades, pris comme témoins et chez lesquels les troubles psychiques étaient nettement sous la dépendance d'une autre cause, soumis à l'épreuve du sucre, n'en éliminaient point dans leurs urines. Et dans tous les cas que nous citons, la glycosurie devenait négative quand l'équilibre mental du malade s'était rétabli.

Aussi, pouvons-nous considérer la glycosurie alimentaire comme une épreuve ayant une *valeur clinique* suffisante pour caractériser un certain degré d'insuffisance

hépatique. Sa constance chez les alcooliques chroniques délirants et sa disparition nous permettront de dire que les délires alcooliques subaigus sont la plupart du temps d'origine hépatique.

Nous verrons ensuite si le parallélisme ou les variations de la glycosurie et du délire nous permettent de tirer de nouvelles conclusions cliniques plus précises, en tenant compte du degré de l'*intoxication éthylique*, de celui de l'*insuffisance hépatique* et de la notion de *dégénérescence*.

OBSERVATIONS

Nous croyons plus intéressant de classer nos observations en plusieurs groupes, afin de mieux mettre en évidence dans chacun le parallélisme du délire et de la glycosurie, ou l'évolution différente de ces symptômes.

Dans une *première série*, il s'agit de malades n'ayant point les stigmates apparents, ni le passé, ni les réactions délirantes qui constituent la *dégénérescence*; ce ne sont pas non plus des malades ayant un *passé hépatique* chargé.

Cette première série comprend un premier groupe de malades : *Groupe A*, dont la durée de l'internement varie de quelques jours à un mois et demi, deux mois au plus, et un deuxième groupe : *Groupe B*, de malades faisant à l'asile un séjour prolongé.

Dans la *deuxième série* nous publions les observations de malades étant déjà des *hépatiques* reconnus, avant d'être des délirants.

La *troisième série* est composée d'observations relatives à des malades que l'on peut considérer nettement comme des *dégénérés*.

Première série : Groupe A.

Cette première observation est intéressante, par ce fait qu'elle est relative à un malade soumis à l'abstinence prolongée, et ayant transitoirement de la glycosurie. Or, nous faisons remarquer que des délires de rêve ont été constatés chez des individus soumis au jeûne prolongé ; et dans notre cas il ne saurait être attribué à l'alcool récemment absorbé.

OBSERVATION I

D... Paul, 41 ans, maroquinier.

Rien de particulier dans ces antécédents héréditaires, ni personnels. Six enfants bien portants. Quelques excès de boissons.

Le malade, à la suite de surmenage excessif, et d'abstinence prolongée, a eu un accès de délire qui, au Dépôt et à Sainte-Anne, fut considéré comme résultant d'excès de boissons (15 et 16 décembre).

Le certificat de quinzaine du docteur Vigouroux résume complètement l'observation : Délire hallucinatoire aujourd'hui disparu. Venu à Paris le 10 décembre pour trouver du travail, et n'ayant pas de ressources, il dit être resté soixante-douze heures sans dormir et en mangeant très peu de pain (pour 0 fr. 75) ; il eut alors un délire de rêve, se crut à Limoges, et réclamait une pince pour réparer un trottoir, de crainte que ses enfants ne se fassent du mal ; au commissariat, il vit sa femme portant dans ses bras un de ses enfants écrasé..., etc.

Depuis qu'il est à l'asile, il est calme et conscient de sa situation. Il demande sa sortie, car il doit subvenir aux besoins de sa femme et de ses six enfants.

Il peut être mis en liberté (31 décembre 1905).

Glycosurie alimentaire.

Positive, trois jours. Réduction, deux et quatre heures après l'ingestion de 150 grammes de sucre. Le foie est gras.

En résumé : Pas d'alcoolisme. Abstinence de trois jours. Surmenage. Foie gras. Légère insuffisance hépatique et délire de rêve, de courte durée, quinze jours.

Les observations II, III, IV, V, VI, concernent des malades dont le délire est survenu à l'occasion d'un état fébrile.

OBSERVATION II

A., 45 ans, valet de chambre. Il n'y a rien à signaler dans ses antécédents héréditaires et personnels. Excès de boissons de toutes sortes, depuis une quinzaine d'années (absinthe, apéritifs divers). Aussi éprouve-t-il tous les signes de l'intoxication chronique : cauchemars, pituites, crampes dans les jambes, etc.

Au mois de mars 1907, il s'alite à l'occasion d'un état grippal. Deux jours après, attaque épileptique avec perte de connaissance; depuis, il n'a cessé de délirer et de l'hôpital Beaujon on l'amène à l'Asile clinique.

9 mars. — On fait l'examen des urines et la *glycosurie alimentaire* est positive deux et quatre heures après l'ingestion de 150 grammes de sucre.

Sorti le 6 avril 1907.

En résumé : Alcoolisme chronique, grippe. Attaque épileptiforme. Délire subaigu. Glycosurie alimentaire. Séjour de cinq semaines.

OBSERVATION III

D... Dominique, 49 ans, cocher.

On n'a pas de renseignements sur ses parents, mais lui-même était très buveur (absinthe et liqueurs).

Depuis quelques jours, il a de la diarrhée et des vomissements, puis il a eu des hallucinations les jours suivants : il voit des chevaux, un nègre, des personnes inconnues dans sa chambre. Il se voit à l'envers, les pieds au plafond, il descend en chemise dans son escalier et fait mille actes aussi incohérents. Un médecin le fait transporter à l'hôpital Lariboisière où le séjour fut de très courte durée et sur lequel même nous n'avons aucun renseignement.

Le malade arrive à Vaucluse le 30 décembre.

Glycosurie alimentaire. Réduction deux heures et quatre heures après l'ingestion de 150 grammes de sucre.

Certificat de quinzaine : « Alcoolisme chronique avec accès subaigu en voie de rémission. Sous l'influence d'une grippe légère apparaissent les hallucinations terrifiantes de la vue ; des hommes le poursuivaient et voulaient le tuer. Calme et facile à diriger depuis son entrée. »

Le malade se repose quelques jours et sort guéri.

En résumé : Alcoolisme chronique. Grippe. Accès subaigu. Glycosurie positive.

OBSERVATION IV

B... Arnold, 34 ans, marchand de vins.

Antécédents héréditaires et personnels : Père mort à 84 ans. Mère morte à 59 ans, cardiaque. Deux frères morts de fièvre typhoïde. Lui-même a été très gravement atteint par cette affection. Il n'a pas fait de service militaire ; n'a jamais eu de maladies vénériennes.

Fièvres paludéennes en Amérique du Sud dans sa jeunesse. Il a fait jadis quelques excès d'absinthe, mais depuis longtemps, il boit exclusivement du vin.

Trois mois avant son entrée à l'asile, pour se consoler de mauvaises affaires, il commença à boire plus d'alcool que de coutume.

Le 23 août, on l'amène à Sainte-Anne.

Le certificat porte le diagnostic : Délire alcoolique, cauchemars, hallucinations, tremblement généralisé. Fièvre.

Le 26 août, il est amené à Vaucluse, avec un peu d'inégalité pupillaire, les réflexes lumineux faibles. Les réflexes patellaires sont diminués. Il a du tremblement des céphalées, du délire onirique.

Glycosurie alimentaire positive deux heures après l'ingestion ; quatre heures après, pas de réaction.

Persistance de la glycosurie le 4 septembre.

Sorti le 11 septembre 1904.

En résumé : Habitudes éthyliques, sans manifestations sérieuses d'alcoolisme chronique. Bouffée délirante coïncidant avec un excès de boissons, de l'insuffisance hépatique et un état grippal.

La sédation des troubles mentaux a paru précéder de quelques jours la disparition de la glycosurie alimentaire.

Il sort dix-sept jours après le début du délire.

OBSERVATION V

G.... Jules, 53 ans, forain.

Antécédents héréditaires et personnels : Père mort à 81 ans et mère à 82 ans. Trois frères bien portants.

Depuis quelques années, bronchite chronique et emphyseme. Pas marié. Fracture ancienne de l'avant-bras due à un éclat d'obus pendant la guerre. Habitudes alcooliques anciennes. Beaucoup d'apéritifs. Plusieurs accidents en quelques années : fracture de l'humérus et de la clavicule ; fracture de côte. Hernie inguinale gauche incomplètement réductible.

Il a fait un séjour de dix-huit mois dans une maison de vieillards qu'il a quittée, il y a un an, à cause des sœurs qui ne lui plaisaient pas, dit-il. Depuis sa sortie, a repris ses anciennes habitudes de boisson.

Depuis quelque temps, ses nuits ne sont plus calmes,

il a des cauchemars pendant lesquels lui apparaissent des assassins, des animaux, des poissons. L'appétit diminue et il s'affaiblit physiquement.

Il y a quelques jours, on l'a fait entrer à l'hôpital Tenon pour une congestion pulmonaire. Il est amené dans la suite, le 24 octobre, à Sainte-Anne, où le certificat du docteur Magnan confirme : Alcoolisme chronique avec accès subaigu, hallucinations multiples et pénibles, excitation, insomnie. Tremblements des mains, crampes, étourdissements.

Transféré à Vaucluse le 28 octobre. Le délire a disparu, il est conscient, mais encore hébété, affaibli ; sensiblerie avec tendance à pleurer.

Glycosurie alimentaire positive, disparaît les derniers jours.

Le 9 novembre, on lui signe sa sortie.

En résumé : Alcoolisme chronique, congestion pulmonaire, délire subaigu avec glycosurie.

Il sort quinze jours après son internement.

OBSERVATION VI

C... Emile, 42 ans, journalier.

Son père, mort à 53 ans, était buveur. Sa mère était en bonne santé. Trois sœurs se portent bien, une autre serait morte de la poitrine.

Comme antécédents personnels : Fièvre typhoïde à l'âge de 9 ans et à 36 ans. Réformé pour varices. Il se marie à 27 ans. Deux enfants de 15 et 9 ans bien portants.

Il boit au moins 3 litres de vin par jour chez lui, mais en dehors, sa femme certifie qu'il boit pas mal de petits verres ; dès les premières années de son mariage, il se grisait plusieurs fois par semaine pendant son travail. Il suffit d'ailleurs de peu de chose pour le griser. Ses excès de boisson remontent à une quinzaine d'années et jadis comptaient

de l'absinthe. Il se plaint souvent de céphalées, de crampes, de rêves pénibles. Depuis un an il est devenu irascible et brutal, commettant des erreurs dans son travail.

Le 10 juillet 1905, un médecin lui applique un vésicatoire pour un point de côté; la nuit il délire et met le lendemain sa femme à la porte, il fait des excentricités, a des visions, des hallucinations de la vue, de l'ouïe, du toucher; il voit des boules, des gens, des plumes qui le grattent; il entend et voit un prêtre qui prononce des paroles d'exorcisme. L'internement est effectué.

Il arrive à *Vaucluse*, le 15 juillet, avec du tremblement, de l'abolition des réflexes patellaires, les artères dures, le poulx tendu, la langue sale.

Glycosurie alimentaire positive.

Urée, 17 grammes par litre.

Quinze jours après, le certificat du docteur Vigouroux, daté du 30 juillet, indique qu'il n'a pas encore une conscience nette des troubles qu'il a ressentis, qu'il fait difficilement la part du délire et de la réalité; le tremblement persiste; la *glycosurie* est positive.

Vers le 10 août, l'amélioration est notable, on n'a pas signalé de glycosurie alimentaire.

27 août 1905. — Sortie.

En résumé : Alcoolique avec symptômes nombreux d'intoxication chronique, faisant du délire subaigu à l'occasion d'un état grippal ou d'une lésion pulmonaire.

Cet accès coïncidé avec la glycosurie qui persiste pendant quelques jours et qui a disparu au moment où le malade sort amélioré.

Dans les observations précédentes, un état fébrile est à l'origine du délire qui apparaît dans les trois ou quatre jours suivants. La *glycosurie* est constatée pendant une dizaine de jours. La guérison est complète de huit jours à trois semaines après la disparition de la *glycosurie*.

Dans les cas qui vont suivre, aucune affection particulière ne paraît être à l'origine du délire. Celui-ci s'installe assez brusquement, souvent précédé d'une émotion, de surmenage, et presque toujours annoncé par des céphalées, des bourdonnements, de l'agitation, de l'irritabilité, etc., phénomènes qui sont au seuil du délire.

OBSERVATION VII

B..., 46 ans, chauffeur.

Rien de particulier dans les antécédents héréditaires.

Comme antécédents personnels : Habitudes alcooliques (surtout vin rouge et vin blanc). Fièvre typhoïde, il y a cinq ans. Marié et père de six enfants ; deux seulement vivent et sont en bonne santé. Il a eu un premier accès de délire il y a quelques années ; depuis, il ne buvait plus d'absinthe.

Depuis quelques jours, exagération des cauchemars, des pituites, des crampes.

18 août. — B... est interné à Sainte-Anne. « Alcoolisme chronique avec accidents subaigus, hallucinations pénibles et mobiles ; rêves professionnels et zoopsie ; insomnie, tremblement des mains, crampes, étourdissements. » Docteur Simon.

24 août. — *Glycosurie alimentaire* positive après deux heures et après quatre heures.

1^{er} septembre. — *Glycosurie négative*. Les troubles somatiques se sont amendés et le délire disparaît.

Sorti le 15 septembre.

En résumé : Alcoolisme chronique. Délire subaigu. Glycosurie alimentaire. Evolution parallèle des deux ordres de phénomènes.

Séjour de courte durée.

OBSERVATION VIII

D..., 42 ans, teinturier.

Père mort cardiaque; mère morte d'une fluxion de poitrine. Douze frères et sœurs morts en bas âge.

D... a fait son service militaire en Afrique dans les compagnies de discipline. Il fait des excès de boissons (vin : 3 litres et une absinthe avant chaque repas). Depuis quelque temps il est violent, et dans un accès de colère, il a tenté d'étrangler sa femme.

30 juillet. — Il a une attaque dans la rue et perd connaissance. Revenu à lui, il commence à délirer et on l'amène à l'infirmerie spéciale.

3 août. — Il est transféré à Vacluse. La *glycosurie alimentaire* est positive deux heures après l'ingestion de sucre, mais négative quatre heures après.

11 août. — Glycosurie négative.

Sorti le 29 août.

En résumé : Alcoolisme chronique. Délire subaigu. Glycosurie alimentaire. Evolution parallèle des deux phénomènes. Séjour de courte durée.

OBSERVATION IX

C... Antoine, 49 ans, charretier.

Pas d'antécédents héréditaires à signaler. Comme antécédents personnels : habitudes alcooliques favorisées par la profession : 4 litres de vin par jour.

12 mars 1908. — Le malade est brusquement saisi d'un accès délirant qui nécessite son internement.

Certificat du dépôt : « Alcoolisme aigu, hallucinations visuelles, peurs, insomnie. Tremblement des doigts; il raconte qu'il a vu, pendant la nuit, six individus, faisant

passer dans sa chambre un cheval qu'ils avaient volé, et qu'ils ont ensuite harnaché dans la cour. »

Après vingt-quatre heures à Sainte-Anne, le malade est transféré à Vaucluse.

A son entrée : Myosis, réflexes patellaires diminués, tremblement de la langue, des mains, de tous les muscles du corps, crampes dans les jambes.

Glycosurie alimentaire positive, le 14 mars, deux heures et quatre heures après l'ingestion de 150 grammes de sucre.

Quinze jours après, le 29 mars, le certificat du docteur Vigouroux porte : « Alcoolisme chronique avec accès délirant aigu en voie d'amélioration. Très halluciné à son entrée, il voyait des chevaux traverser la chambre, voulait aller les rejoindre ; il n'avait aucune conscience du temps et du lieu. Il a été très agité et très turbulent. Calme depuis six jours, il se rend compte de sa situation. *Glycosurie alimentaire*. A maintenir en observation. »

Le malade sort le 15 avril 1905.

En résumé : Alcoolisme chronique. Accès subaigu. Glycosurie alimentaire. Disparition parallèle des deux phénomènes. Séjour de courte durée : un mois après l'accès.

OBSERVATION X

R... Clément, 49 ans, ajusteur.

Père et mère morts d'affections broncho-pulmonaires. Un frère, déserteur, dont il n'a plus de nouvelles. Une sœur en bonne santé.

Dans ses antécédents personnels nous signalerons de fréquentes indispositions, des douleurs articulaires, une bronchite, de l'intoxication saturnine ayant par deux fois occasionné des coliques de plomb en quatre ans. On peut voir, en outre, le liséré gingival caractéristique.

Le malade avoue quelques habitudes alcooliques (vin surtout, rares liqueurs).

Son fils, âgé de 7 ans, est bien portant.

Depuis quelque temps, le sommeil de R... est agité, l'écllosion d'un accès d'excitation passagère et surtout d'un état confusionnel nécessitent son admission à Sainte-Anne le 22 juin.

3 juillet. — A son arrivée à Vaucluse : *glycosurie alimentaire*, positive deux heures après l'ingestion ; quatre heures après, pas de réduction.

Sortie à la fin du mois. La glycosurie et les troubles confusionnels ont disparu rapidement.

En résumé : Habitudes alcooliques. Intoxication saturnine. Accès aigu et glycosurie disparaissant rapidement.

OBSERVATION XI

R... Louis, 44 ans, tonnelier.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

Il est père de quatre enfants bien portants.

Sa profession de marchand de vin a facilité pour lui les habitudes de boisson.

Le 12 avril, la police le trouve couché contre une porte et l'emmène au dépôt.

Certificat du dépôt : « Excitation maniaque. Logorrhée. Propos ambitieux, idées hypocondriaques, légère hostilité. Hallucinations auditives. Illusions de la vue, anorexie, éthylisme très probable. Trouvé couché contre une porte, a donné plusieurs identités. » D^r de Clérambault, 12 avril 1906.

Certificat de Sainte-Anne : « Alcoolisme chronique avec accès subaigu ; hallucinations de la vue, de l'ouïe et de la sensibilité générale, idées de persécution, excitation, insomnie. Tremblement des mains, engourdissements, crampes. » D^r Magnan, 12 avril 1906.

A son arrivée à Vaucluse : *Glycosurie alimentaire positive*. Il est dans un état de confusion extrême, ses hallucina-

tions sont encore très actives. Le certificat de quinzaine mentionne : « Alcoolisme chronique avec accès subaigu, hallucinations de la vue, de l'ouïe et de la sensibilité générale. Il s'est senti électrisé, il entendait la voix de sa fille et celle de son frère, il a vu une grosse boule de feu, de laquelle partaient des cris. La confusion mentale qu'il présentait à son entrée a disparu, ainsi que les idées vagues de persécution ; il se rend un compte assez exact de sa situation. *Glycosurie alimentaire.* » Dr Vigouroux, 29 avril 1906.

La glycosurie disparaît vers le 20 avril, le délire diminue peu à peu, les nuits sont calmes, le tremblement demeure encore le 15 mai.

Il sort guéri le 21 mai.

En résumé : Alcoolisme chronique. Insuffisance hépatique. Délire subaigu. Evolution parallèle de deux sortes de symptômes.

OBSERVATION XII

V... Louis, 44 ans, valet de chambre.

Les antécédents héréditaires sont inconnus.

Personnellement, pas de maladies sérieuses antérieures.

V... a toujours fait des excès de boisson que favorisait sa profession de valet de chambre.

Marié depuis trois ans, il a deux enfants bien portants.

Il y a deux ans, le malade a eu un premier accès de délire analogue à celui qui fut la cause de son internement actuel.

Depuis une quinzaine de jours, il se plaint de céphalées, de malaise général, d'insomnies, et le 3 octobre 1907, on l'amène au dépôt, puis à Sainte-Anne, et le 26 octobre, il arrive à Vaucluse. *La glycosurie alimentaire est positive* deux heures et quatre heures après l'ingestion du sucre.

Au bout d'un mois, il sort guéri le 21 novembre 1907.

Donc : Alcoolisme chronique, avec peu de troubles habituels; accès délirant il y a deux ans; nouvel accès délirant subaigu et glycosurie alimentaire persistant au quinzième jour, puis le malade guérit en un mois.

Malgré l'accès antérieur, le pronostic n'est pas défavorable, étant donnée la rapidité de la guérison après la disparition de l'insuffisance hépatique.

OBSERVATION XIII

L... Désiré, 42 ans, confiseur.

Nous n'avons rien à signaler dans les antécédents héréditaires.

Comme antécédents personnels, nous notons des excès de boisson.

Certificats antérieurs : « Alcoolisme subaigu en voie de déclin, excitation cérébrale, loquacité. Idées de suicide : aurait tenté de se suicider dans un fiacre. Nécessité d'un isolement momentané. » D^r Legras, 27 septembre 1908.

« Alcoolisme chronique, phase dépressive, de courte durée; idées de suicide. Tremblement des mains. » D^r Magnan, 30 septembre 1908.

Glycosurie alimentaire positive deux heures et quatre heures après l'ingestion de 150 grammes de sucre.

10 octobre. — La glycosurie a disparu. Amélioration progressive dans la suite.

Sorti le 11 novembre, guéri.

En résumé : Alcoolisme chronique. Délire subaigu et glycosurie alimentaire. Disparition complète du délire après la glycosurie négative. Séjour de courte durée.

OBSERVATION XIV

F... Baptiste, 34 ans, terrassier.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires.

Personnellement : F... a été puni au régiment pour ivresses fréquentes et a fait cinq ans aux bataillons d'Afrique.

Depuis qu'il exerce la profession de terrassier, il continue à boire. Au mois de septembre, il subit un traumatisme crânien et en novembre il est opéré d'une hernie étranglée.

A sa sortie de l'hôpital, il ne travaille pas, et quelques jours plus tard, le 23 janvier 1908, on dut le conduire au dépôt pour des hallucinations, de l'agitation, insomnie, etc.

Il arrive ainsi à Vaucluse délirant encore.

Glycosurie alimentaire positive.

Le malade s'améliore peu à peu et sort, guéri, le 11 mars 1908.

En résumé : Alcoolisme chronique. Traumatisme et opération chirurgicale. Quelques excès. Délire subaigu et glycosurie alimentaire disparaissant en même temps.

OBSERVATION XV

S... Jean, 38 ans, journalier.

Père et mère morts âgés, d'affection indéterminée; nombreux frères et sœurs en bonne santé.

Comme antécédents personnels, nous ne relevons pas autre chose que des excès de boisson.

Le malade, ayant reçu une balle de revolver, a été conduit à l'hôpital Tenon vers le 22 juin, puis à l'asile.

Le certificat du 14 juillet résume bien l'état du malade : « Alcoolisme chronique avec accès subaigu de délire en voie de rémission. Venant de Lagny à Paris, il a entendu les voyageurs mal parler de lui et le menacer; il quitta le train à Pantin et vint à Paris, toujours poursuivi, traqué et menacé de mort. Espérant échapper à ces poursuites, il gagna la campagne. Il se rappelle avoir escaladé un grillage pour se cacher, et c'est à ce moment qu'il reçoit une balle de revolver à la cuisse gauche. La plaie en séton suppurait beaucoup au moment de l'entrée du malade; il

a dû être transféré au pavillon de chirurgie du 3 au 13 juillet. Calme aujourd'hui, il dort bien et n'a plus d'hallucinations. » D^r Vigouroux.

Glycosurie alimentaire positive au début de juillet. Amélioration rapide du délire.

Sorti le 6 août 1907.

En résumé : Alcoolisme chronique. Délire subaigu. Traumatisme. Glycosurie alimentaire.

OBSERVATION XVI

L... Albert, 46 ans, voyageur de commerce.

Antécédents héréditaires et personnels : Père fusillé pendant la Commune ; mère morte. Deux sœurs bien portantes. Bonne santé habituelle. Deux enfants de 16 et 13 ans bien portants. Jusqu'au mois dernier, aucun trouble mental n'a éveillé l'attention de son entourage. Depuis longtemps, cependant, il s'adonnait à la boisson et absorbait parfois trois ou quatre absinthes par jour, sans compter sa consommation habituelle de vin.

Au mois de janvier 1904, il commence à souffrir de douleurs d'estomac. La nuit, très agité, il a des cauchemars professionnels, on le poursuit, sa belle-mère et sa voisine lui disent qu'il va être empoisonné avec du chloroforme. Il émet des doutes sur la fidélité de sa femme et c'est elle qui pourrait l'empoisonner. Le délire devient encore plus violent et le 22 février 1904, on l'amène à Sainte-Anne.

Le certificat du docteur Magnan indique : « Dégénérescence mentale avec alcoolisme, hallucinations, troubles de la sensibilité générale, idées de persécution. Il entend des individus à côté de son logement qui menacent de le tuer : on veut l'empoisonner. Excitation, insomnie ; tremblement des mains. »

Transféré à Vaucluse le 26 février.

Glycosurie alimentaire positive le 28 février, deux heures après l'ingestion.

2 mars. — Urée, 14 grammes par litre.

Le malade sort guéri le 23 avril.

En résumé : Habitudes éthyliques anciennes, manifestations d'alcoolisme chronique depuis quelque temps. Accès subaigu et glycosurie alimentaire.

OBSERVATION XVII

C... Eugène, 44 ans, déménageur.

Les parents sont morts à 78 et 76 ans.

Personnellement il n'a jamais été malade. C'est un travailleur vigoureux qui a toujours eu des journées très pénibles. Il a régulièrement commis des excès de boissons : vin, absinthe, eau-de-vie. Parfois il rentrait chez lui en état d'ivresse.

Il a eu sept enfants ; trois sont morts d'affection pulmonaire et de convulsions ; trois sont bien portants ; un seul, âgé de 13 ans, a des attaques convulsives.

Depuis deux ou trois ans, pituites, étourdissements, crampes, insomnie, peu de cauchemars, hébétude.

Le samedi 6 mai, il rentre chez lui fatigué, courbaturé, et la nuit il a des hallucinations. Pendant trois jours de suite, cet état persiste, bien qu'il continue son travail, et le 10 mai, il voit des souris, il ramasse des fils, on lui jette de l'eau ; le lendemain, il sort et boit de l'absinthe. On l'amène au dépôt.

20 mai. — Transfert à Vaucluse. Le malade est animé, il a le regard vif, mais a l'aspect d'un homme plus âgé ; les réflexes sont normaux. Cœur difficile à percevoir, artères dures et sinueuses. Troubles délirants atténués.

Glycosurie alimentaire positive à l'entrée. Positive encore le 22 mai, deux heures après l'ingestion. Négative le 30.

4 juin. — Le certificat du docteur Vigouroux est ainsi conçu : « Alcoolisme chronique avec accès subaigu en voie de rémission. Persistance du tremblement fibrillaire des

doigts et de la langue, disparition des troubles délirants. Le malade se rend compte du caractère morbide des hallucinations de la vue et de l'ouïe qu'il a présentées. »

La glycosurie alimentaire a disparu, ainsi que les troubles délirants.

9 juillet. — Le malade sort guéri.

En résumé : Délire subaigu. Glycosurie alimentaire positive. Dix jours après, disparition du délire et de la glycosurie. Persistance encore du tremblement fibrillaire.

OBSERVATION XVIII

L... Jean-Baptiste, 43 ans, homme de peine.

Pas d'antécédents héréditaires à signaler.

Sa mère est morte en le mettant au monde; une sœur morte de la poitrine.

Lui-même a eu un enfant qui mourut de la poitrine à l'âge de 3 ans.

Atteint, en 1883, à Madagascar, pendant son service militaire, de paludisme, dont il subit encore trois ou quatre accès par an.

Depuis plusieurs années, il se livre à des excès de boisson : 3 ou 4 litres de vin par jour, et des apéritifs fréquemment.

Il y a quatre ans, il subit le traitement antirabique à la suite d'une morsure. Il éprouva, à ce moment, des malaises, des vertiges, qui l'obligèrent plusieurs fois à s'aliter.

L'année suivante, il eut, la première fois, des crises qui, depuis, sont devenues plus fréquentes et plus graves. Ces crises, précédées d'une aura, se produisent brusquement à l'occasion d'une fatigue, d'une contrariété; mais jamais la nuit. Il n'y a pas de morsure de la langue; après la crise, hébétude, céphalées, souvenir de la chute, mais amnésie de ce qui s'est passé ensuite. Depuis ces accidents, il est devenu

irritable, jaloux, menaçant pour sa femme, dont il est séparé depuis plusieurs années.

Il entre à l'asile le 20 février 1905; il a des cauchemars, des éblouissements, de l'hémi-parésie, un peu d'excitation sans délire vrai.

Glycosurie alimentaire positive deux heures après l'ingestion; négative quatre heures après.

La sédation de tous ces vertiges, tremblements, a lieu rapidement; l'hémi-parésie disparaît, il n'y a plus d'attaques.

Sorti le 25 mars 1905.

En résumé : Paludisme ancien avec accès par intervalles, trois ou quatre fois par an. Traitement antirabique. Alcoolisme très marqué. Attaques épileptiformes. Délire sub-aigu et insuffisance hépatique.

Disparition parallèle de ces deux phénomènes.

OBSERVATION XIX

F... Jean, 42 ans, démolisseur.

Nous n'avons rien à signaler comme antécédents héréditaires.

Comme antécédents personnels, nous mentionnerons les excès alcooliques, et particulièrement absinthiques.

Au mois d'avril 1907, le malade s'agite, a des hallucinations. Il est conduit à l'hôpital Tenon, et de là à Sainte-Anne.

5 mai. — A son arrivée à l'asile de Vaucluse, les réflexes pupillaires sont très lents, la parole embarrassée, les réflexes patellaires faibles; le malade se plaint de crampes dans les mollets et ses doigts sont agités d'un tremblement caractéristique.

Glycosurie alimentaire positive deux heures et quatre heures après l'ingestion de 150 grammes de sucre.

15 mai. — *Glycosurie* positive deux heures après l'ingestion, négative quatre heures après.

Au mois de juin, amélioration : nuits calmes, plus de cauchemars.

Sorti le 18 juillet, guéri.

En résumé : Alcoolisme chronique. Délire subaigu. Glycosurie alimentaire. Disparition parallèle de ces deux phénomènes.

La durée du séjour des malades cités dans les observations depuis VII jusqu'à XIX, est de 27, 30, 33, 38, 38, 42, 43, 45, 45, 57, 59, 65 jours.

La glycosurie dure généralement une quinzaine de jours; le délire s'amende ensuite et les malades sont parfaitement guéris à la sortie.

Les malades qui font le séjour le moins long sont ceux des observations I, III, IV, V, dans lesquelles nous trouvons surmenage intense ou état grippal.

Groupe B

Les quatre observations suivantes concernent des malades dont l'internement se prolonge plus de quatre mois.

OBSERVATION XX

C... Charles, courtier d'assurances, 52 ans.

Rien à signaler comme antécédents héréditaires et personnels.

Habitudes alcooliques : 1 litre de vin par jour, plus d'un litre de bière, deux apéritifs, dont une absinthe.

Syphilis, contractée il y a vingt-cinq ans, qu'il n'a jamais traitée.

C... se plaint constamment de céphalées, de fourmillements, d'engourdissements.

Il a de l'insensibilité dans le territoire des deux nerfs cubitaux, surtout le droit, les digestions sont pénibles; il est généralement constipé.

Depuis deux mois, l'existence du malade est assez curieuse; il a fait trois fugues qu'il a racontées lui-même avec beaucoup de détails. La première fugue date du 13 avril 1903. Il se retrouva un jour à l'hôpital de Dieppe, n'ayant absolument aucune conscience de ses actes depuis son départ de Paris, quatre jours auparavant. Il fait deux autres fugues le 3 juin et le 16 juin; mais elles se bornent à une série d'actes conscients qui consistent à surveiller des persécuteurs, policiers ou particuliers, qui le poursuivent, à éviter leur approche et, enfin, à aller demander protection, la première fois, à Versailles, au procureur, la deuxième fois, à Paris, à un commissaire de police, ce qui fut la cause de son internement.

A l'admission, on fait le diagnostic : dépression mélancolique avec hallucinations, idées de persécution, excitation, insomnies. Tremblement des mains, habitudes alcooliques.

Le malade arrive à Vaucluse le surlendemain, 19 juin 1903, avec un peu d'inégalité pupillaire, des réflexes normaux, du tremblement, la langue saburrale.

Le certificat du docteur Vigouroux porte la mention :

« Alcoolisme chronique avec accès de délire très actif. Excès de vin et d'absinthe. Hallucinations et fugues. Insuffisance hépatique

« *Glycosurie alimentaire* positive. »

24 juin 1903. — La glycosurie alimentaire est nettement positive vingt-quatre heures après l'ingestion de sucre.

27 juin. — *Glycosurie* positive deux heures et quatre heures après l'ingestion, l'urine contient encore du glucose vingt-quatre heures après l'absorption.

Voici d'ailleurs l'analyse de l'urine recueillie vingt-qua-

tre heures après l'absorption, et pendant vingt-quatre heures consécutives :

Urée.....	43 gr. 72 par litre
Glucose.....	6 gr. 10 —

Quelques jours après, la glycosurie disparaît. L'accès subaigu est fini; mais l'état somatique n'est pas satisfaisant; il y a encore des bourdonnements, des fourmillements, des céphalées.

Le malade ne sort que le 23 octobre 1904.

En résumé : Alcoolisme chronique avec léger affaiblissement. Délire subaigu, fugues. Insuffisance hépatique.

OBSERVATION XXI

H... Auguste, cordonnier, 46 ans.

Rien à signaler comme antécédents héréditaires.

Il a été renvoyé depuis sept ans de la Compagnie des chemins de fer à la suite d'une crise de délire alcoolique qui avait motivé son internement. A cause de ses habitudes alcooliques invétérées, sa femme a dû cesser d'habiter avec lui.

Au commencement du mois de décembre 1906, il fut ramassé dans la rue à la suite d'une crise épileptique probable, et conduit à l'hôpital Beaujon, où son état nécessita l'internement.

Certificat du 11 décembre : « Alcoolisme chronique avec accès subaigu, hallucinations multiples et pénibles. Crain-tes, frayeurs, insomnie, tremblement, crampes, attaques épileptiformes. Dr Magnan. »

Huit jours après : *Glycosurie alimentaire* positive deux et quatre heures après l'ingestion de 150 grammes de sucre. Les pupilles sont contractées, les réflexes normaux. On note du tremblement de la langue et des mains, un léger embar-

ras de la parole, des étourdissements. Le délire est encore très actif : il voit des ennemis qui courent après lui pour le tuer.

1^{er} janvier. — Glycosurie alimentaire négative deux et quatre heures après l'ingestion.

Pendant le mois de février, le malade devient plus calme et est employé à divers travaux d'intérieur.

Sorti le 9 juin 1907.

En résumé : Deuxième internement. Alcoolisme chronique. Délire subaigu. Glycosurie alimentaire.

OBSERVATION XXII

C... Alexandre, 43 ans, terrassier.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires ou personnels, à part des excès réguliers de boisson.

Le malade a été conduit au dépôt sous l'inculpation de tentative de vol. Pendant un accès de délire, il s'est cru poursuivi par des apaches, il a enjambé une barricade et s'est caché dans une buanderie où le propriétaire l'a découvert et l'a fait arrêter.

Le certificat du dépôt porte :

« Alcoolisme chronique avec accidents cérébraux subaigus, hallucinatoires et délirants. Agitation. Désordre des actes. Gâtisme. Terreurs; anxiété; arrêté pour vol et port d'armes prohibées; non-lieu. D^r Dupré, 25 juillet 1905.

Il passe une quinzaine de jours à l'admission où le même diagnostic est porté.

10 août. — Il arrive à Vaucluse. Les phénomènes subaigus sont moins violents.

Glycosurie alimentaire positive deux heures et quatre heures après l'ingestion.

20 août. — La réduction est encore positive deux heures après l'ingestion du sucre, négative après quatre heures.

10 septembre. — Réduction négative.

Guérison le 23 janvier 1908.

En résumé : Alcoolisme chronique avec manifestations habituelles, étourdissements, crampes, troubles digestifs, cauchemars, bourdonnements, accès subaigus ; glycosurie persistant un mois après l'internement.

Amélioration lente. Séjour de six mois à l'asile.

Ici, les lésions d'alcoolisme chronique et l'insuffisance hépatique relativement longue assombrissent le pronostic, à cause des lésions du foie et du système nerveux.

OBSERVATION XXIII

L... Victor, 52 ans, camelot.

Père mort à 82 ans, paralysé.

Mère morte à 80 ans.

Quatorze frères et sœurs, dont deux seulement morts jeunes.

Comme antécédents personnels on signale : à 22 ans, la *syphilis*, pour laquelle il ne se soigna que pendant quelques mois. Le malade a perdu un enfant de méningite. Il a toujours fait des excès de boisson et particulièrement d'absinthe, rentrant fréquemment en état d'ivresse. Il a subi deux internements antérieurs.

11 août. — L... est amené à l'infirmerie spéciale.

Certificat de la préfecture : « Alcoolisme chronique, accès aigu, hallucinations, personnages imaginaires, paillettes métalliques, rats, etc., aurait poursuivi sa femme un couteau à la main. Désorientation, illusions, reconnaît les lieux, et les gens. Terreurs nocturnes. On veut l'empoisonner. Tremblement de la parole. Sénilité prématurée. Deux fois interné. Le 11 août 1907. D^r de Clérambault. »

Après un court séjour à Sainte-Anne, il arrive à Vaucluse.

19 août. — Glycosurie alimentaire positive deux heures après l'ingestion, négative quatre heures après.

27 août. — Glycosurie positive deux heures après, négative quatre heures après.

Le malade sort guéri le 22 mars 1908.

En résumé : Alcoolisme chronique. Accès subaigu. Glycosurie alimentaire. Séjour prolongé à l'asile.

Dans les observations XX, XXI, XXII, XXIII, on a affaire à des malades de 52, 46, 43 et 52 ans, ayant un passé assez chargé (syphilis, XX et XXIII). Internement antérieur et signes graves d'éthylisme chronique (XXI).

Dans les observations précédentes, nous voyons que les malades font, l'un plus de quatre mois, et les trois autres, six mois.

L'âge de ces malades est en général supérieur à ceux du groupe A.

Leur passé est plus chargé (syphilis, XX et XXIII). Internement antérieur et signes graves d'éthylisme chronique (XXI). Rien de bien particulier pour l'observation XXII, au point de vue du passé pathologique, mais la *glycosurie alimentaire* persiste pendant trente-cinq jours, tandis que dans les trois autres observations de la série, elle se retrouve seulement quinze, vingt et vingt-cinq jours après le début des accidents.

Deuxième Série.

Les observations qui vont suivre concernent des malades cliniquement atteints de troubles hépatiques. Nous trouvons dans cette série des sujets ayant eu, ou ayant un foie augmenté ou diminué de volume, du paludisme, des coliques hépatiques, de l'ictère, des éruptions cuta-

nées, de la coloration subictérique des conjonctives, des troubles digestifs, le teint terreux, la peau sèche, les selles fétides, etc.

OBSERVATION XXIV

T... Julien, 34 ans, marchand de vin.

Aucun antécédent héréditaire à signaler.

Aucune maladie antérieure.

Il y a lieu de noter ses excès quotidiens de boisson consistant surtout en vin et absinthe. Il se grisait souvent et sa femme a dû quitter le domicile conjugal à cause de ses brutalités.

Il se plaint depuis longtemps de cauchemars, de crampes dans les jambes, de pituites le matin, de bourdonnements d'oreille, de tremblement.

Au commencement d'octobre 1908, il a eu un accès de colique hépatique, et presque en même temps apparurent des hallucinations.

11 octobre. — Il est interné.

12 octobre. — *Glycosurie alimentaire* persistante encore le 26 du même mois; mais déjà son état général s'est amendé, le délire a disparu. Le foie est toujours gros, il dépasse de toute la main le rebord costal.

8 novembre. — Sorti guéri.

En résumé : Alcoolisme chronique, poussée congestive du foie, glycosurie alimentaire. Délire subaigu. Disparition des deux ordres de phénomènes.

Séjour de courte durée.

OBSERVATION XXV

T... Jules, 28 ans, épicier.

Antécédents héréditaires et personnels : Père et mère morts âgés, d'affections indéterminées. La mère manquait

de sobriété. Un frère et une sœur morts de fièvre typhoïde. Une sœur absinthique morte à 34 ans. Pas de maladies antérieures.

Depuis l'âge de 13 ans qu'il travaille dans l'épicerie, il a des habitudes alcooliques.

Depuis l'âge de 17 ans, il est sujet à des poussées de « jaunisse », qui durent trois ou quatre jours et réapparaissent à quelques mois d'intervalles.

Il a fait un an de service militaire. Pas de maladies vénériennes. Il est père d'un enfant de 2 ans qui n'a pas eu de convulsions.

Depuis trois ans qu'il est installé à son propre compte, les excès de boissons sont encore plus marqués : il boit du cognac, du rhum, de préférence, lorsqu'il est seul. Il consomme du vin en quantité modérée à chaque repas.

En 1903, un médecin le soumet à un régime pour son foie.

En 1904, le 21 septembre, le malade était au lit pour un peu de faiblesse générale depuis trois jours, lorsqu'il eut un accès de délire avec hallucinations, zoopsie, agitation, menaces, etc. Le lendemain apparaissait de l'ictère.

Après un court passage à Sainte-Anne, le malade arrive dans le service de M. Vigouroux, le 25 septembre.

T... a les pupilles égales et réagissant bien. Les réflexes patellaires sont très diminués. Pas de troubles de la parole. Tremblement des doigts. Les troubles mentaux sont caractérisés par de l'agitation et du délire onirique.

Le malade a de l'ictère. Teinte jaune des téguments et des muqueuses. Le foie, énorme, est dur, indolore, dépasse les fausses côtes de deux travers de main. On affirme qu'il a parfois des épistaxis. Le cœur est normal ; la rate n'est pas hypertrophiée.

La glycosurie alimentaire est positive. L'urine est d'ailleurs icterique, elle renferme de fortes proportions d'indican. Un litre d'urine renferme :

Urée 8,79.

Le malade sort le 27 octobre 1904.

En résumé : Alcoolique chronique avec gros foie, à l'occasion d'une légère infection grippale, faisant du délire subaigu coïncidant avec une poussée d'ictère. Glycosurie positive.

OBSERVATION XXVI

E... Constant, garçon boucher, âgé de 49 ans.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

A part une légère bronchite, on n'a aucun incident pathologique à signaler.

Il n'y a pas d'enfants, il est veuf depuis huit mois.

Il a toujours fait un usage immodéré de boissons; il buvait très souvent jusqu'à l'ivresse; et celle-ci disparaissait lentement, le maintenant en un état d'excitation continue.

Il a eu des cauchemars professionnels, de la zoopsie, des pituites, du tremblement des mains.

Depuis plusieurs mois il a fréquemment des hallucinations en dehors de ses excès de boissons. Son caractère s'est modifié, il est devenu particulièrement irritable. Il lui est arrivé plusieurs fois de tomber dans la rue à la suite de vertiges.

Il y a deux mois, apparition d'un ictère assez nettement caractérisé, et modification de l'état général.

Il y a quelques jours, à la suite d'une chute occasionnant une fracture de côte, il est transporté à l'hôpital Lariboisière, d'où on a été obligé de la conduire à Sainte-Anne.

Le certificat d'entrée du 25 janvier 1902 est ainsi conçu : « Alcoolisme chronique avec accès subaigu, hallucinations nocturnes, excitation, insomnie. Tremblement des mains, étourdissements, crampes. Ictère. Fracture de côte. »

2 février. — E... est transféré à l'asile de Vaucluse. L'exa-

men somatique donne les renseignements suivants : Pupilles égales. Réflexes rotuliens exagérés. Crampes dans les jambes. Foie petit. Ictère. Polakurie.

Glycosurie alimentaire : positive, deux heures après l'ingestion de glucose.

8 février. — La glycosurie alimentaire devient négative.

15 février. — Son état général est amélioré. Il donne quelques renseignements sur son affection. Le tremblement des mains persiste. La pollakurie persiste. Encore subictérique. L'amélioration devient manifeste les jours suivants.

Sortie le 21 mars, guéri.

En résumé : Alcoolique chronique avec exacerbation des symptômes depuis quelque temps. Poussée d'ictère. Traumatisme. Accès aigu. Glycosurie alimentaire persistant pendant les accidents aigus, et disparition de la glycosurie six semaines avant la guérison complète des troubles mentaux. Le malade présentait depuis longtemps des troubles céphaliques : vertiges, éblouissements, chutes, symptomatiques de l'intoxication chronique.

OBSERVATION XXVII

J... Pierre, 57 ans, employé de commerce.

Pas d'antécédents héréditaires à signaler.

Antécédents personnels : Le malade a eu du rhumatisme articulaire. Il a toujours fait des excès de boissons et cela était une cause de scènes violentes dans le ménage. Il a d'ailleurs cessé de vivre avec sa famille ; il la quitta en emportant 5.000 francs. Il vit depuis quelques années avec sa sœur. Depuis longtemps il a des insomnies, des bourdonnements d'oreille, des tremblements. Il a cessé de travailler depuis trois semaines. Il cherchait de l'ouvrage lorsqu'il fut saisi d'un étourdissement dans la rue, avec chute et perte de connaissance. Il aurait fait un séjour d'un an dans un asile l'année dernière, mais il ne s'en souvient pas.

Entrée à Sainte-Anne le 10 avril 1902. Le certificat est ainsi conçu : « Alcoolisme chronique, affaiblissement psychique, actes inconscients, vertiges. »

12 avril. — A son arrivée à l'asile de Vaucluse, on constate de l'inégalité pupillaire avec réflexivité normale. La langue est fendillée; la parole hésitante, les réflexes patellaires sont faibles. Depuis l'ictus il a de l'hémi-parésie faciale gauche. Les bruits du cœur sont sourds; le poumon est emphysémateux. Le foie est petit.

Au point de vue mental, les symptômes de confusion dominent, accompagnés d'agitation et de délire onirique.

Glycosurie alimentaire positive.

Le malade a en outre des troubles digestifs, tels que selles fréquentes, diarrhéiques et de coloration verdâtre.

27 avril. — Le certificat de quinzaine mentionne que la confusion mentale est en voie d'amélioration, mais la *glycosurie alimentaire* persiste encore.

Cette amélioration persiste, la glycosurie disparaît, mais les troubles mentaux ne s'amendent que progressivement.

Le 7 juin, il sort guéri.

En résumé : Il s'agit d'un alcoolique chronique qui, à l'occasion d'une intoxication gastro-intestinale avec insuffisance hépatique, fait un ictus et une poussée délirante subaiguë.

OBSERVATION XXVIII

J... Eugène, 38 ans, tailleur.

Antécédents héréditaires et personnels : Rien de particulier chez ses ascendants.

Personnellement, fièvre typhoïde à 9 ans, pleurésie gauche à 11 ans. Angines fréquentes. Poussées fréquentes de psoriasis. Cette éruption aurait eu un développement plus sérieux depuis une dizaine d'années, à la suite d'un ictus qui aurait laissé de la parésie des membres inférieurs et la « langue comme paralysée ».

Il a toujours fait un usage immodéré de vin, au moins 3 litres par jour; il ne buvait pas de liqueurs, paraît-il.

Au mois d'avril 1902, il cesse de travailler, prétextant des troubles de la vue. Il a de nouvelles attaques apoplectiformes avec morsure de la langue, suivies de périodes d'excitation. Vers la même époque, il a des cauchemars professionnels, des hallucinations, des troubles somatiques.

9 mai 1902. — Premier internement à l'asile Sainte-Anne

Certificat : « Alcoolisme chronique, affaiblissement des facultés mentales, hallucinations nocturnes, cauchemars, idées de persécution, tendances au suicide par intervalles. Tremblement des mains, attaques apoplectiformes, faiblesse musculaire plus accusée à gauche. »

Il est envoyé le lendemain à Vaucluse. Son état est stationnaire : *glycosurie alimentaire positive*.

Le malade est mis au régime lacté.

15 juin 1902. — Il sort guéri.

Pendant neuf mois, chez lui, il s'astreint à un régime sévère. Puis il recommence à prendre du vin. Vers le même moment réapparaissent : urines rougeâtres, conjonctives subictériques, cauchemars avec zoopsie.

Vers le 10 juin 1903, il s'enferme à clef dans sa chambre, n'ouvrant qu'à sa femme, pour éviter les gens qui le poursuivent. De l'hôpital Saint-Antoine, où il avait été conduit, il avait cherché à se précipiter par la fenêtre.

19 juin. — Deuxième internement à l'asile de Vaucluse. Il présente des symptômes analogues à ceux que nous avons signalés à son premier séjour. Délire de rêve très intense, frayeurs, etc.

L'examen clinique révèle des troubles du côté du foie : teint terreux et jaune des téguments, subictère des conjonctives. Plaques de psoriasis. Foie petit à la percussion.

Glycosurie alimentaire : deux heures, quatre heures, douze heures et seize heures après l'absorption du glucose. La réaction devient négative après ce temps.

24 juin. — Cinq jours après, réactions positives deux

et quatre heures après. D'autre part, l'urine recueillie vingt-quatre heures après et pendant vingt-quatre heures consécutives, contient les principaux éléments dans les proportions suivantes :

Pour 1 litre : urée, 11,63 ; glucose, 7 grammes.

On a recueilli 2 litres en vingt-quatre heures.

L'amélioration commence à se produire au mois de juillet.

La glycosurie alimentaire a été positive jusqu'au 16 août. A partir de ce moment la réduction est sale, lente à apparaître.

Le malade sort le 13 septembre.

En résumé : Alcoolisme chronique avec lésions indiquant déjà une atteinte sérieuse des centres nerveux : éblouissements, vertiges, ictus, parésie, attaques apoplectiformes.

D'autre part, insuffisance hépatique manifeste : subictère, teint terreux, urines foncées. Psoriasis et foie petit. Glycosurie alimentaire.

Dans ce cas, la glycosurie a persisté après la sédation des symptômes subaigus.

OBSERVATION XXIX

M... Jean-Adrien, 46 ans, cocher.

Antécédents héréditaires et personnels : Mère morte à 80 ans, père à 84 ans.

Pas de maladies sérieuses à signaler. Il y a trois ans, crise de lumbago.

M... est un buveur ; il boit le matin deux verres de cognac et de vin blanc ; à chacun de ses repas il absorbe un litre de vin, et joint à ces boissons ordinaires quelques apéritifs à l'occasion. Il n'est pas exceptionnel de le trouver en état d'ivresse.

Trois enfants de 18, 15 et 12 ans, en bonne santé ; le der-

nier seul serait nerveux. Sa femme a eu une fausse couche entre le deuxième et le troisième enfant.

Le caractère de M... est jovial, il devient vif parfois, et un peu d'irritabilité apparaît si on le contrarie.

Jusqu'au 2 avril 1902, aucune manifestation n'attire l'attention de sa famille sur son état mental.

2 avril 1902. — M... était sur sa voiture, lorsque celle-ci fut tamponnée par un gros camion. Il ne subit aucun traumatisme, mais éprouva une violente émotion. « Il devint vert sur le coup », dit sa femme. Il entra chez lui, se mit au lit, fut secoué de frissons violents. Alors apparaissent des troubles mentaux. Il a peur d'être accusé d'avoir volé du vin dans la cave de la maison dont sa femme est concierge. Quand il lit ses journaux, il prétend que certaines personnes le regardent de travers à cause de ses opinions. Les troubles deviennent plus aigus. Des gens le poursuivent, on lui envoie des rayons X, des agents de police le suivent à bicyclette, on lui a mis dans sa cave du vin contenant du poison, et de l'électricité dans la chambre et sous le lit; aussi va-t-il mourir et demande-t-il un prêtre, en adressant les derniers adieux à sa famille. On l'interne.

Le certificat d'admission à Sainte-Anne est ainsi conçu :

« Délire mélancolique avec hallucinations, troubles de la sensibilité générale, idées de persécution; alternatives d'excitation et de dépression. Excès de boissons. »

6 juin 1903. — On le transfère à Vaucluse où l'on constate de l'inégalité pupillaire peu marquée, du tremblement de la langue et des mains. Le foie est petit, à peine perceptible à la palpation.

Le délire est surtout caractérisé par des idées mélancoliques et de persécution, des hallucinations et de l'anxiété.

Glycosurie alimentaire positive.

Urobiline dans les urines.

Les troubles mentaux sont très violents; il veut s'en aller et se frappe la tête contre le mur; il menace ses voisins.

Les jours suivants, il fait des signes de croix, dit des

prières, il a des hallucinations constantes de la vue, puis il prétend qu'on veut l'empoisonner.

Cet état aigu se maintient jusqu'au 12 juin.

20 juin. — Il délire encore : *glycosurie positive*.

26 juin. — Il paraît toujours halluciné; il a la face congestionnée, les pieds froids, il est constipé, et refuse de prendre des médicaments.

La *glycosurie alimentaire* est positive.

Vers le 10 juillet, notable amélioration; la glycosurie a disparu.

Le malade sort guéri le 30 juillet 1903.

En résumé : Il s'agit d'un délire hallucinatoire subaigu survenant chez un alcoolique chronique, ayant un foie petit, avec *glycosurie alimentaire* persistante et urobilinurie.

OBSERVATION XXX

L... Emile, 42 ans, plombier.

Antécédents personnels : L... a eu des coliques saturnines à trois reprises et deux fois des crises de *coliques hépatiques*.

Il se livre depuis longtemps à des excès de boissons; il a fait *quatre séjours* dans les asiles.

Lors de son avant-dernier internement à l'asile de Vaucluse, on avait noté un état gastro-intestinal avec alternatives de diarrhée et de constipation. Il était resté plus de six mois en traitement; les céphalées, les bourdonnements et les sifflements d'oreille ayant duré presque jusqu'à la fin de son séjour. On n'a pas signalé si la glycosurie alimentaire avait été positive ou négative.

Deux mois après, il entre pour la cinquième fois.

5 juillet 1902. — Venant de l'infirmerie spéciale où il a été conduit pour scandale sur la voie publique, cris, menaces, etc.

Le certificat de l'admission mentionne: « Alcoolisme chronique, des étourdissements, des hallucinations nocturnes, du tremblement, des crampes. »

Le lendemain on le renvoie à Vaucluse.

Les pupilles sont légèrement inégales. Quand il somnole, il voit de drôles de choses, des bêtes féroces qui courent après lui et le poussent dans des précipices. Ces visions continuent au réveil.

Glycosurie alimentaire positive dure plusieurs jours.

L... reste à Vaucluse pendant onze mois.

En résumé : Alcoolisme chronique et passé hépatique. Insuffisance gastro-intestinale coïncidant avec son quatrième séjour; glycosurie alimentaire au cinquième séjour.

Dans ce cas particulier, le passé saturnin, hépatique, gastro-intestinal, est bien mis en évidence, et le système nerveux est gravement intéressé. Plusieurs facteurs du délire subaigu coexistent franchement : aussi le malade fait-il des séjours fréquents et d'assez longue durée.

De l'observation XXIV à l'observation XXIX, il existe une gradation très nette entre la persistance de la glycosurie et la durée de l'internement.

Les observations XXIV, XXV, XXVI, XXVII montrent qu'à une glycosurie de quinze à vingt jours, correspond une durée de séjour de vingt-sept à cinquante-sept jours.

Dans l'observation XXVIII, à cinquante-sept jours de glycosurie correspondent quatre-vingt-trois jours d'internement.

Dans l'observation XXIX, trois mois et demi de glycosurie, quatre mois de traitement à l'asile.

A propos de la XXX^e observation, on peut se demander si plusieurs causes de délire (état du système nerveux, insuffisance hépatique et gastro-intestinale an-

cienne, coliques saturnines) n'interviennent pas pour expliquer cette persistance de troubles, et étant donné qu'il s'agit du cinquième séjour, devons-nous faire des réserves sur le pronostic, quelle que soit la cause de la durée des troubles.

Troisième Série

Ici, toutes les observations concernent des malades présentant des stigmates de dégénérescence indiscutables, des individus à hérédité chargée, ou à réactions un peu particulières, qui se rapprochent de celles des dégénérés.

OBSERVATION XXXI

M... Georges, 33 ans, marchand de vin.

Antécédents héréditaires et personnels : Père mort à 67 ans. Sa mère et cinq frères ou sœurs sont en bonne santé.

Marié depuis sept ans, il n'a pas d'enfants. Il a fait trois ans de service militaire.

Marchand de vin depuis quinze mois, il fait de nombreux excès alcooliques. Depuis qu'il exerce cette profession, il a eu déjà *deux accès* de délire et présente quelques-uns des signes habituels de l'éthylisme chronique : cauchemars, tremblement, crampes, pituites, troubles gastriques.

Au mois de mars 1904, il a eu une attaque convulsive ; en même temps, éclatèrent des troubles délirants qui sont la cause de son internement.

Quand il arrive à Vaucluse, le 11 mars, il est agité, présente du tremblement de la langue et des mains, ce tremblement s'exagère particulièrement lorsqu'on l'interroge.

Quelques stigmates de dégénérescence : lobule adhérent, voûte ogivale, asymétrie faciale, prognatisme, quelques déformations rachitiques.

Glycosurie alimentaire positive à l'entrée et le 14 mars.

Quinze jours après son entrée, disparition de la glycosurie et des troubles mentaux.

Le malade sort le 26 mars.

En résumé : Habitudes éthyliques récentes. Accès subaigu. Glycosurie alimentaire. Disparition parallèle de celle-ci et du délire.

OBSERVATION XXXII

M... Xavier, 40 ans, employé aux chemins de fer.

Père mort à 55 ans d'une attaque d'apoplexie. Mère bien portante.

Quatre frères ou sœurs bien portants. Une sœur morte d'érysipèle.

Personnellement, pas de maladies sérieuses.

Depuis douze ans que sa femme le connaît, elle dit qu'il a toujours été très *émotif*, très sensible; la nuit il était assez agité, il dormait mal, se réveillait à chaque instant pour regarder l'heure, craignant d'arriver en retard à son travail.

C'est un buveur, mais sans exagération. S'il buvait plus d'alcool que de coutume, il vomissait. Il avait fréquemment des troubles gastriques.

Depuis quelque temps il devient plus triste qu'à l'ordinaire, et se considère un peu comme une *victime*.

A l'occasion d'une *grippe*, ces idées deviennent de plus en plus tenaces, il craint que sa femme ne veuille le quitter; dans la nuit il a des hallucinations, de l'agitation, il veut aller se plaindre à la police.

Il sort et dans la soirée il se jette à l'eau.

On le conduit au dépôt le 9 avril; le 10 avril à Sainte-

Anne. Transféré à Vaucluse le 16 avril. A ce moment il est un peu pâle, amaigri, les pupilles réagissent, il a encore un léger tremblement de la langue et des mains, il se plaint de crampes dans les jambes depuis plusieurs années.

Glycosurie alimentaire positive, deux heures après l'ingestion, négative quatre heures après.

Le 29 avril, le certificat de quinzaine est ainsi conçu : « Alcoolisme chronique avec accès délirant qui s'est manifesté à l'occasion d'une grippe, délire hallucinatoire d'abord nocturne, puis diurne ; il s'est cru poursuivi par une foule hostile qui l'injurait et le menaçait. Pour échapper à ses ennemis, il s'est jeté dans le canal Saint-Martin.

« *Glycosurie alimentaire* à son entrée. Très amélioré aujourd'hui et très conscient de sa situation et du caractère morbide des troubles qu'il a éprouvés. D^r Vigouroux. »

La guérison complète ne tarde pas et huit jours après, il sort.

En résumé : Alcoolique chez lequel à l'occasion d'une grippe apparaissent de l'insuffisance hépatique et des troubles subaigus, qui cessent en même temps.

OBSERVATION XXXIII

A... Louis, 29 ans, garçon épicier.

Père et mère morts d'affection inconnue.

Rien de particulier dans les antécédents du malade.

Depuis quelques mois, il se surmène et a de graves soucis. Il s'est installé à son compte et a fait de mauvaises affaires. Depuis plusieurs jours, il fait des excès de boisson, et le 26 février 1907, on est obligé de l'interner.

2 mars. — La *glycosurie alimentaire* est positive deux heures et quatre heures après l'ingestion d'épreuve. Le foie paraît déborder d'un travers de doigt les fausses côtes.

Certificat de quinzaine : « Dégénérescence mentale avec

excitation maniaque, idées incohérentes de satisfaction et de grandeur, loquacité très vive, désordre des actes, très excité au moment de son entrée, il est calme aujourd'hui et a conscience de son état. Surmenage professionnel, déception amoureuse, excès alcooliques. *Glycosurie alimentaire.* » D^r Vigouroux.

Le malade s'améliore très rapidement sous l'influence du régime lacté. La glycosurie et le délire disparaissent très rapidement.

Sorti le 14 avril.

En résumé : Dégénérescence mentale. Bouffée délirante à l'occasion d'excès de boissons. Glycosurie alimentaire.

OBSERVATION XXXIV

W... Laurent, 32 ans, fleuriste.

Père rhumatisant mort à 60 ans. Mère morte de la poitrine.

Il est lui-même suspect de bronchite tuberculeuse.

Marié à 20 ans, il a trois enfants bien portants.

Abus quotidien de vin (au moins deux litres) et de vulnéraire.

D'autre part, il aspire des vapeurs d'alcool et d'aniline.

A la suite d'excès de boisson, le malade est conduit à l'infirmerie spéciale. Le certificat d'entrée résume les accidents qu'il a présentés: « Alcoolisme? Dégénérescence mentale. Divagations. Prédominance d'idées de persécution, hallucinations auditives et visuelles. Insomnie. Dépression. Demi-mutisme. Violences, surtout envers sa femme. Il s'entretient avec des personnages imaginaires, prétend que les voisins ont établi des glaces afin de savoir ce qui se passe chez lui. Il se met le long des murs, afin d'entendre ce que lui disent des personnages imaginaires. Dit que sa femme veut l'empoisonner; s'est rendu au poste demandant à être conduit à Sainte-Anne. Père buveur. Grand-père paternel aliéné. » D^r Legras, 30 avril 1907.

Après un séjour très court à Sainte-Anne, le malade arrive à l'asile de Vaucluse le 4 mai.

A son entrée, les pupilles sont égales, les réflexes normaux. Le tremblement de la langue et des mains est atténué, mais il subsiste encore du délire.

Glycosurie alimentaire positive, deux heures et quatre heures après l'ingestion du sucre.

Le 15 mai, la glycosurie alimentaire est encore positive. L'amélioration se manifeste très rapidement.

Sorti le 27 juin.

En résumé : Alcoolisme chronique. Accès subaigu, glycosurie alimentaire.

Evolution parallèle du délire et de la glycosurie.

Séjour de courte durée.

OBSERVATION XXXV

R... J.-Baptiste, 38 ans.

Père âgé de 66 ans, sourd, hospitalisé dans un hospice de vieillards.

Mère morte jeune. Un frère en bonne santé.

Personnellement : Santé délicate, marié à 20 ans, il a eu sept enfants, dont les deux premiers sont morts en bas âge et le dernier est mort-né.

Habitudes alcooliques datant de très longtemps, surtout pendant une période de cinq ans, où il absorbait quatre ou cinq absinthes par jour, d'autres apéritifs, et quelques petits verres. Cette période a pris fin il y a deux ans et demi; actuellement, il boit moins et ses excès se bornent à deux absinthes et un demi-litre de vin.

Il a toujours souffert de troubles gastriques, crampes d'estomac, pituites, vomissements fréquents, peu d'appétit et constipation habituelle.

Depuis cinq semaines, il se plaint de maux de tête et se lamente toute la journée : « La police va venir le prendre; il est vendu aux médecins qui vont lui ouvrir le ventre, les

voisins le lui ont dit par un trou fait dans le plafond, ils l'accusent en outre d'avoir violenté sa fille. » Toute la nuit il est agité et se débat contre les images de ses cauchemars.

Conduit à l'infirmerie le 19 septembre 1905, le certificat du Dr de Clérambault porte : « Dégénérescence mentale et alcoolisme chronique, idées de persécution, craintes d'empoisonnement. »

A Sainte-Anne, le 20 septembre, le certificat du Dr Simon mentionne : « Débilité mentale avec hallucinations, interprétations délirantes, idées de persécution, tendance au suicide par intervalles ; quelques excès probables de boisson. »

Le malade est amené à Vaucluse le 23 septembre.

L'observation signale : Tête petite, front bas, voûte ogivale, aspect mélancolique, un peu d'inégalité pupillaire. Réflexes assez forts, acuité auditive affaiblie ; hallucinations de l'ouïe. Léger tremblement des mains.

Glycosurie alimentaire à l'entrée. Le délire continue les jours suivants.

Le 3 octobre, le malade est toujours attristé, il interprète les gestes de ses voisins qui l'accusent de fumer de l'arsenic et lui font des reproches, il pleure parfois, est anxieux et dort d'un sommeil assez agité ; la *glycosurie* apparaît encore deux heures, quatre heures après par refroidissement. N'ayant plus de glycosurie et étant devenu calme, le 16 octobre on supprime le régime lacté.

Sorti le 23 novembre 1905.

En résumé, comme le signale le certificat du Dr Vigouroux : « Dégénérescence mentale et alcoolisme, idées de persécution et dépression mélancolique secondaire à des hallucinations de l'ouïe. *Glycosurie alimentaire*. »

L'accès délirant coïncide avec une glycosurie qui persiste trois semaines après l'internement et près de deux mois après l'apparition des premiers troubles ; mais l'état mental est encore très affecté plus d'un mois après la disparition du sucre.

OBSERVATION XXXVI

V... Gaston, 27 ans, journalier.

Père mort à 29 ans. Mère morte à 42 ans. Un frère bien portant.

Lui-même jouit d'une assez bonne santé habituelle. Rien de particulier pendant son service militaire. Marié depuis trois ans, il a un enfant âgé de 18 mois qui eut quelques convulsions dernièrement. (Le grand-père maternel de cet enfant est alcoolique.)

V... est plutôt sobre, et boirait à peine 1 litre de vin par jour et cinq ou six absinthes par an. Jamais de liqueurs. Le malade et sa famille sont très affirmatifs sur ce point.

Au mois d'août 1905, il eut une otite purulente à la suite de laquelle il lui resta une paralysie faciale. Depuis ce moment il se plaignait parfois d'avoir des étourdissements, de marcher souvent « comme un homme qui a bu ». Des brouillards lui passent devant les yeux et il en éprouve comme une sorte de vertige.

Le 1^{er} novembre 1905, son grand-père étant mort, il passe toute la nuit à le veiller; le lendemain, il assiste à l'enterrement. Son beau-père, à cette occasion, dit la famille, voulant obtenir de lui une signature assez importante, le conduit chez plusieurs marchands de vins. Il fait des excès de vins et d'absinthe (2 absinthes). Il a une discussion avec son beau-père. Dans la nuit, il a des cauchemars et voit des ombres. Le lendemain, 2 novembre, il retourne de Montdidier, où se sont déroulés les événements précédents, à Paris, où il arrive le matin à 11 heures. Depuis on ne sait ce qu'il a fait. Il a marché toute la journée, s'est perdu, et il a été arrêté trois jours après.

Le certificat du D^r de Clérambault, à l'infirmerie spéciale, signale : « Confusion, ivresse récente; peut-être ictus. Depuis quatre jours errant. Excès d'alcool continu. Pro-

pos absurdes : « Il est marié avec sa mère, sa femme est veuve, il a perdu ses parties sexuelles, il devient fille. »
« Réflexes exagérés. Absence de renseignements, 5 novembre.

« Dégénérescence mentale, avec hallucinations, troubles de la sensibilité générale, idées de persécutions, craintes d'empoisonnement, excès récents de boissons. D^r Magnau. »

11 novembre. — Transféré à Vaucluse, il est encore un peu confus, s'étonne de tout ce qui lui est raconté. Les pupilles sont normales, les réflexes patellaires exagérés.

Glycosurie alimentaire positive, deux heures après l'épreuve, quatre heures après, réduction sale.

21 et 22. — Réduction sale.

30 novembre. — Plus de réduction, état très amélioré. Régime commun.

10 décembre. — Sortie.

Le certificat de quinzaine du D^r Vigouroux mentionne :
« Alcoolisme subaigu avec confusion mentale, idées de persécution, hallucinations sous l'influence d'excès d'absinthe. S'est cru poursuivi par des ennemis, il voyait des ombres menaçantes. Il s'est perdu dans Paris. Otite purulente récente; paralysie faciale droite consécutive. *Glycosurie alimentaire*. Depuis son entrée, la confusion mentale est en partie disparue, il est conscient de son état et n'est plus halluciné. A maintenir. D^r Vigouroux. »

Ici, il y a peu de signes d'alcoolisme chronique, mais une affection suppurée de quelques jours, antérieure; des soucis et du surmenage, coïncidant avec des excès alcooliques et de l'insuffisance hépatique.

Quinze jours après la disparition des signes d'insuffisance, le malade est guéri.

OBSERVATION XXXVII

B... Jules, 35 ans, vigneron.

Père mort probablement bacillaire.

Bonne santé habituelle. Caractère habituellement triste. Faisait quelques excès de boisson.

A la suite d'un accès de délire, on l'interné à Sainte-Anne, puis à Vaucluse, le 1^{er} juillet 1905, pour alcoolisme chronique avec accès subaigu.

A son entrée à Vaucluse, on a affaire à un malade sournois, réticent, qui se plaint de fourmillements et de crampes dans les jambes, dont les artères sont dures, et qui a du tremblement assez marqué des mains. Il présente quelques stigmates de dégénérescence : crâne petit, lobule adhérent. On constate de l'obscurité respiratoire, de la submatité, craquements au sommet gauche traduisant une symphyse pleurale probable. Sa température est très élevée.

Glycosurie alimentaire, deux heures et quatre heures après l'ingestion; on trouve même quelques traces d'albumine.

15 juillet. — Attitude résignée, indifférente. Tremblement des mains persistant. La glycosurie alimentaire persiste.

Sorti le 19 août.

En résumé : Alcoolique chronique prédisposé; accès subaigu coïncidant avec de la glycosurie alimentaire, un peu d'albumine; une lésion bacillaire probable.

Amélioration : Disparition de la glycosurie.

OBSERVATION XXXVIII

B... Léon, 36 ans, tourneur.

Père alcoolique mort à 49 ans. Mère diabétique morte à 58 ans. Une tante internée, quatre sœurs bien portantes.

Personnellement, pas de maladies antérieures, mais des troubles gastriques fréquents.

En 1902, pour absinthisme, premier internement à Charenton, dont il est sorti très rapidement. Depuis, il boit 4 et 5 litres de vin quotidiennement.

10 juin 1907. — À la suite d'une chute avec perte de connaissance, le malade devient très agité, un tremblement violent secoue ses muscles, des hallucinations terrifiantes l'accablent; la nuit il voit des serpents sous la couverture de son lit, le mur de sa chambre va s'écrouler, et il fait des efforts pour le soutenir.

7 juillet. — Arrivée à Vaucluse : l'état général s'est amélioré très peu ; il se plaint de crampes, de pituites, de bourdonnements. La parole est légèrement embarrassée. Le délire a diminué; la *glycosurie* est positive deux heures après l'ingestion, négative quatre heures après.

16 juillet. — La glycosurie persiste encore.

20 juillet. — Disparition de la glycosurie ; d'autre part, le malade a conscience de l'état dans lequel il vient de se trouver. L'amélioration s'accroît.

17 août. — Le malade sort guéri.

En résumé : Alcoolisme chronique. Délire subaigu. Glycosurie alimentaire. Evolution parallèle des deux ordres de phénomènes. Séjour de courte durée.

OBSERVATION XXXIX

D... Gustave, 41 ans.

Rien dans les antécédents héréditaires.

Personnellement : Trois mois de prison à Fresnes, sorti au commencement de mai 1908, il boit du vin rouge, du rhum, du cognac, des apéritifs (sauf de l'absinthe).

12 mai. — Il est saisi d'un accès de délire, il va demander secours au commissaire de police contre des inconnus qui l'insultent et le menacent.

16 mai. — Il arrive à Vaucluse. *Glycosurie alimentaire*, positive deux heures et quatre heures après l'ingestion de sucre.

Quinze jours après son entrée, amélioration de l'état mental. Disparition de la glycosurie.

« Dégénérescence mentale avec accès subaigu d'alcoolisme chronique. Hallucinations de l'ouïe et de la vue sous l'influence desquelles il a demandé à un agent de le défendre contre les gens qui l'injuriaient et le menaçaient. Plus calme et conscient du caractère pathologique des troubles qu'il a ressentis. Excès alcooliques avoués. A maintenir. Le 13 mai 1908. D^r Vigouroux. »

Le malade sort amélioré le 24 juin, mais non guéri.

En résumé : Alcoolisme chronique. Accès subaigu. Glycosurie et délire. Ce dernier disparaît lentement. Guérison retardée.

OBSERVATION XL

M... Claude, 54 ans, cimentier.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires.

Il a eu la fièvre typhoïde à 18 ans.

Il boit à peu près 2 litres de vin par jour et de l'absinthe.

Il y a sept ans, il a souffert de céphalées, il était préoccupé par l'idée de mourir; la nuit, il ne dormait pas, étant hanté par des cauchemars : « Il voyait des bûches de bois qui lui sortaient de la tête. » Pituïtes matinales, crampes. Cet état a duré quelque temps. puis a disparu et depuis trois ans, bonne santé habituelle.

Depuis un an, il recommence à avoir peur, on le suit pour l'assassiner. Depuis trois mois, exagération de cet état, on est obligé de l'interner.

Certificat de l'admission : « Dégénérescence mentale avec illusions, interprétations délirantes et idées de persécution; une bande s'acharne après lui, le poursuit et veut le faire disparaître. Découragé, il avait eu l'idée de se suicider; plus tard, il a porté sur lui un revolver pour se défendre. Alcoolisme ancien. D^r Magnan. »

18 juillet. — A son entrée à Vaucluse, on constate du

tremblement des mains et de la diminution des réflexes patellaires des deux côtés. Le foie est diminué de volume.

Glycosurie alimentaire, positive le 18, positive encore le 26.

30 juillet. — Amélioration de l'état délirant.

Certificat de quinzaine : « Délire mélancolique avec idées de persécution. Hallucinations de l'ouïe. Illusions et interprétations délirantes. Délire d'attente : on va le faire mourir, le couper en morceaux, il fixe l'heure à laquelle il sera supplicié. Il décrit la machine qui le fera souffrir. Il entend murmurer des menaces, il interprète dans le sens de son délire les gestes qui se font autour de lui. Alcoolisme ancien. Glycosurie alimentaire. D^r Vigouroux. »

Dans le courant du mois d'août, l'amélioration apparaît, mais il est toujours un peu anxieux malgré cela.

Sorti le 27 août 1908.

En résumé : Alcoolisme chronique. Foie petit. Bouffée de délire mélancolique. Glycosurie alimentaire. Diminution très nette du délire au moment de la disparition de la glycosurie. Amélioration à la sortie, mais non guérison.

OBSERVATION XLI

M... Joseph, âgé de 55 ans, employé de commerce.

Mère, morte d'une maladie de cœur, à 50 ans, avait été internée à la ménopause.

Pas de renseignements sur le père.

Un frère en bonne santé.

Personnellement, il a aujourd'hui une assez bonne santé habituelle. Marié à 24 ans, il n'a eu qu'un enfant, mort, à 7 ans, de la poitrine.

Le malade a eu une existence assez régulière, son caractère est habituellement triste, et, en 1883, il a dû subir un *premier internement*. Il dit n'avoir pas abusé des boissons alcooliques. Depuis quelques années, il a eu des chagrins,

et, à la suite de surmenage dans ses occupations, son caractère se modifie, il a des maux de tête, il a quelques obsessions et des impulsions au suicide et à l'homicide.

Le 5 octobre, le certificat du Dr Magnan signale : « Dépression mélancolique avec hallucinations, idées de persécution, obsessions et impulsions, suicide et homicide. »

Le 7 octobre, il est transféré dans le service de M. Vigoureux.

M... est triste, il a l'air d'être préoccupé, ses pupilles sont normales, les réflexes patellaires forts et brusques; pas de réflexes crémastériens, léger tremblement de la langue et des mains, artères dures et sinueuses.

Glycosurie alimentaire, positive deux heures et quatre heures après l'ingestion. Le 9 octobre glycosurie dans les mêmes conditions. La glycosurie disparaît le 16 octobre.

Le certificat de quinzaine, daté du 22 octobre, du docteur Vigoureux, mentionne : « Dégénérescence mentale avec dépression mélancolique, obsession au suicide, obsession de faire du mal aux autres; depuis son entrée, a eu plusieurs crises d'anxiété, pendant lesquelles il tentait de s'étrangler avec un mouchoir, tout en criant : empêchez-moi! il a frappé également son voisin de lit. Conscient de son état, se trouve très malheureux. Amélioration depuis son entrée. »

Dans le courant de novembre, l'amélioration est très manifeste, le malade, soumis au régime commun, travaille régulièrement.

Sorti le 30 novembre, amélioré.

En résumé : Dégénérescence mentale, dépression mélancolique, impulsions et obsessions occasionnant son internement et coïncidant avec de la glycosurie alimentaire et une teinte un peu jaune des téguments.

OBSERVATION XLII

C... Fernand, 53 ans, inspecteur de police.

Rien à signaler comme antécédents héréditaires et per-

sonnels, à part quelques habitudes de boisson. Il allait régulièrement au café, et bien qu'il ne se soit jamais grisé, il n'en a pas moins eu des moments d'agitation nocturne, des cauchemars et des périodes de tristesse et de préoccupation.

Vers le mois de décembre, accidents aigus, motivant son internement. Les certificats de la préfecture et de l'admission sont analogues : « Dégénérescence mentale, alcoolisme, hallucinations, idées de persécution ; on affaiblit son cerveau, on veut l'asphyxier. Tremblement des mains. D^r Magnan. 24 décembre 1907. »

4 janvier. — A son entrée à Vaucluse, *glycosurie alimentaire*, positive deux heures et quatre heures après l'ingestion de 150 grammes de glucose.

15 janvier. — Il n'y a plus de *glycosurie alimentaire* ; le délire persiste après la disparition du sucre.

Sorti le 22 mai guéri.

En résumé : Alcoolisme chronique. Délire subaigu. *Glycosurie* de courte durée. Prolongation des symptômes. Pronostic sérieux.

IIIIX OBSERVATION

J... Charles, cardeur.

Père mort à 39 ans, en cinq jours, de fièvre cérébrale.

Mère bien portante.

Personnellement : Marié à 25 ans, buvait modérément, 2 litres de vin par jour ; mais cela suffisait pour agiter ses nuits, le rendre irritable, lui procurer des cauchemars, du tremblement, des crampes, des pituites.

Au mois d'octobre 1907, aggravation des symptômes précédents. Fatigue générale nécessitant l'entrée à l'hôpital.

Devant la constance et l'intensité des hallucinations, on ne peut le garder à l'hôpital Lariboisière et on le transfère à Sainte-Anne.

Certificat du docteur Magnan : « Alcoolisme chronique avec accès subaigu : hallucinations pénibles, idées de persécution. Tremblement des mains ; inégalité pupillaire ; étourdissements, crampes. 28 octobre 1907. »

Transféré à Vaucluse.

A l'arrivée : *Glycosurie alimentaire*, positive deux heures après l'ingestion, négative quatre heures après.

A signaler la présence d'une certaine quantité d'albumine dans les urines.

Le 4 novembre, *glycosurie négative*.

Le certificat de quinzaine du docteur Vigouroux est ainsi conçu :

« Mélancolie anxieuse avec confusion extrême dans les idées, craintes vagues, gémissements, propos incohérents, actes impulsifs. Tentative récente de suicide, il porte une cicatrice de coup de couteau dans la région du cœur ; quelques excès de vin blanc avoués. A maintenir. D^r Vigouroux. 17 novembre 1907. »

Sorti le 14 mars 1908, amélioré.

En résumé : Excès alcooliques. mélancolie anxieuse et confusion. Accès subaigu : *glycosurie*. Accès se prolongeant après la glycosurie. Ici, excès relativement faibles. Insuffisance hépato-rénale légère. Persistance du délire. Séjour prolongé de six mois. Pronostic grave.

OBSERVATION XLIV

L... Etienne, menuisier, 32 ans.

Rien à signaler dans ses antécédents, si ce n'est des excès alcooliques. Le 4 mars, à la suite d'un délire subaigu caractérisé par des hallucinations auditives, du tremblement, des protestations contre les gens de son entourage et des menaces de mort contre des ennemis imaginaires qui l'appellent pourriture, on est contraint de le mener au dépôt.

5 mars. — Il passe à l'admission : Dégénérescence men-

tale, avec hallucinations, idées de persécution : on l'injurie, on le suggestionne, on l'empêche de travailler. Léger tremblement des mains. Quelques excès de boisson.

7 mars. — Il arrive dans le service du docteur Vigouroux avec un peu d'inégalité pupillaire, du tremblement et des idées de persécution.

Glycosurie alimentaire, positive deux heures et quatre heures après l'ingestion de sucre.

Le certificat de quinzaine mentionne : « Alcoolisme chronique avec léger affaiblissement intellectuel et idées de persécution systématisées..., etc. Réticent dans ses réponses, il nie avoir eu des hallucinations. Excès de vin. Glycosurie alimentaire. A maintenir. 22 mars 1908. Dr Vigouroux. »

Longtemps après la disparition de la glycosurie, les idées systématisées persistent.

Sorti guéri le 13 juillet.

En résumé : Alcoolisme chronique et dégénérescence. Délire subaigu. Glycosurie passagère. Prolongation du délire pendant six mois.

OBSERVATION XLV

D... Auguste, 44 ans, cocher.

Antécédents héréditaires chargés : Père alcoolique, cinq frères ou sœurs morts, deux sœurs internées à Villejuif.

Antécédents personnels : Le malade a bu beaucoup jadis, il s'est modéré depuis quelques années (à la suite d'un séjour à Bicêtre, il y a six ans).

Marié depuis vingt ans, il a eu quatre enfants, dont trois mort-nés. Le début de cette poussée délirante remonte au mois de juin, et se manifeste par des hallucinations, de l'agitation. D... passe quelques jours à la campagne, se coupe la gorge avec un rasoir. Conduit à l'Hôtel-Dieu, y reste une semaine et arrive à Sainte-Anne le 15 juillet 1905.

Certificat de l'admission : « Délire mélancolique avec

illusions, interprétations délirantes, idées de persécution, excitation et violences par intervalles. D^r Magnan (15 juillet 1905). » Il reste à Sainte-Anne jusqu'au mois d'octobre. Le 14, il arrive à Vaucluse dans un mutisme absolu, la face couperosée, avec du tremblement léger de la face et des mains. Bronchite et un peu de congestion pulmonaire.

Glycosurie alimentaire, positive deux heures après l'ingestion, négative quatre heures après.

Dans la suite, chez ce malade, il n'y eut aucune relation entre la disparition de la glycosurie et l'amendement des symptômes mentaux. En décembre, il est encore en plein délire : « sa femme le suggestionne ». L'amélioration ne commence à paraître que vers le mois de mars.

Sorti en mai 1906.

En résumé : Hérité mentale chargée, séjour antérieur dans un asile, à 33 ans. Alcoolisme ancien. Bronchite. Délire. Glycosurie alimentaire, positive à son arrivée à Vaucluse (trois mois après le début des accidents). Disparition de cette glycosurie. Prolongation des symptômes délirants.

Dans ce cas, nous voyons que le terrain aggrave le pronostic et que le délire n'évolue pas parallèlement à l'intoxication organique.

OBSERVATION XLVI

J... Maurice, 24 ans, marchand de vin.

Père bien portant.

Mère a eu une fièvre typhoïde grave à l'âge de 25 ans.

Un frère a eu des convulsions.

Deux morts en bas âge, deux frères bien portants.

Personnellement, pas d'affection sérieuse dans l'enfance, mais son caractère était inquiet, d'une timidité excessive, préoccupé de sa santé physique. Service militaire sans incidents. Il a travaillé chez ses parents jusqu'au mois de novembre 1905. On le place chez un marchand de vin, où il ne

peut rester, parce qu'il n'était pas assez causeur. Il devient ouvrier aux lignes télégraphiques en janvier 1906.

On pense qu'il a fait quelques excès de boissons. Vers le milieu du mois il est arrivé un jour chez lui, en pleurant, demandant à ce qu'on lui retire ce qu'il a dans la tête, il croit qu'on va l'hypnotiser et il cherche à se tuer; il est interné le 4 février 1906.

10 février. — Il arrive à Vaucluse.

La *glycosurie alimentaire* n'est pas nette. Réduction douteuse deux heures après et légère réduction quatre heures après.

L'état mental ne se modifie pas, malgré la glycosurie négative des jours suivants.

Au mois de juin, on a des craintes de démence précoce, en octobre, il refuse de la nourriture.

Amélioration le 27 décembre. Son père insiste pour qu'il sorte.

En résumé : Excès alcooliques récents.

Glycosurie douteuse à l'entrée, négative dans la suite, persistance des troubles mentaux.

Le pronostic peut être considéré comme grave; on pense à de la démence précoce, le malade n'est pas sorti guéri.

OBSERVATION XLVII

L... Pierre, 41 ans, maçon.

Antécédents : Un oncle dans un asile d'aliénés. Père mort à 69 ans, de maladie indéterminée. Comme antécédents personnels : Alcoolisme (il boit une assez grande quantité de vin par jour, et parfois de l'absinthe).

Depuis quelques semaines, l'état du malade se modifie sensiblement. Il devient irritable, bizarre; il se dit riche, reçoit des communications de Dieu. Il se précipite au-devant d'un tramway qui voulait l'empêcher de marcher, on est obligé de l'interner.

Certificat d'entrée, le 13 juin : « Alcoolisme, propos

désordonnés. Idées mystiques, hallucinations, agitation signalée comme très dangereuse. Pas de renseignements. Il croit être devant Dieu le père. Il cherche à mordre, il prend le surveillant pour son père. D^r Legras. »

Glycosurie alimentaire, le 15 juin, ne persiste pas quatre heures après l'ingestion de 150 grammes de sucre. Il présente tous les signes très nets de l'alcoolisme chronique: cauchemars professionnels et zoopsie, crampes dans les mollets, pituites, tremblements, fourmillements.

25 juin. — La glycosurie disparaît, mais la confusion persiste; il ne se rend pas compte encore du délire qu'il a eu. Deux mois après, état à peu près stationnaire.

En janvier 1902. — On constate de l'amélioration. L'état organique devient meilleur: moins de bourdonnements, de tremblement.

Sorti le 15 août 1908.

En résumé: Alcoolisme chronique. Accès subaigu. Glycosurie alimentaire. La glycosurie passe assez rapidement. Le délire persiste.

Séjour de quatorze mois.

OBSERVATION XLVIII

C... Elie, 32 ans, peintre en bâtiment.

Antécédents héréditaires chargés. Père très original, alcoolique. Une sœur épileptique.

Personnellement: Rhumatismes anciens, chorée dans sa jeunesse. N'a jamais eu de coliques de plomb. Excès de boissons de toutes sortes: rhums, vins, absinthes. Sa femme a été internée aussi pendant quelque temps, sa fillette de 5 ans est bien portante.

Au mois d'août, à la suite d'excès, il est amené au dépôt: « Alcoolisme chronique et dégénérescence mentale. Hallucinations, gesticulations. Tremblements. Poursuite par des ennemis imaginaires, etc. »

Diagnostic semblable à l'admission à Sainte-Anne, le 10 août 1904.

13 août. — Arrivée à Vaucluse : Tremblement de la langue et des mains, un peu d'hésitation de la parole. *Glycosurie alimentaire* très marquée, deux heures après l'ingestion du sucre.

Cette glycosurie *disparaît* au bout de quelques jours.

Le malade est resté *dix-sept mois* à l'asile avec des alternatives de calme et d'excitation.

En résumé : Hérité chargé. Alcoolisme ancien. Accès de délire se prolongeant après la disparition de la glycosurie.

Le pronostic s'aggrave du fait de l'absence de parallélisme entre le délire et l'intoxication organique.

Nous remarquons que dans les observations précédentes la durée du séjour est extrêmement variable, et si quelquefois elle ne dépasse pas quelques semaines, le plus souvent elle se prolonge pendant plusieurs mois.

L'insuffisance hépatique est toujours à l'origine du délire, mais celui-ci persiste longtemps après.

D'autre part, la disparition rapide de la glycosurie, et souvent le degré léger d'intoxication éthylique, nous permettent de supposer que ces malades, ou du moins, la plupart d'entre eux, auraient eu des réactions analogues, à l'occasion d'une cause toute différente.

Ce sont, en général, des malades jeunes, ou s'ils sont âgés, ayant subi déjà des internements antérieurs.

Quand le délire disparaît en même temps que la glycosurie, les symptômes de l'alcoolisme chronique sont généralement très effacés, et les troubles somatiques restent dans l'ombre pour ne laisser en évidence que le délire.

CONCLUSIONS

Les observations précédentes nous permettent maintenant de dégager un certain nombre de notions que le clinicien devra toujours avoir présentes à la mémoire lorsqu'il se trouvera en présence d'un délire alcoolique.

Nous n'avons pas à insister sur la question du traitement. Ce sera le régime habituel de l'insuffisance hépatique : le régime lacté doit trouver, dans ce cas, une indication utile.

Nous avons constaté que la glycosurie apparaissait généralement deux heures après l'ingestion de 150 grammes de sucre; qu'elle persistait encore ou était disparue à la quatrième heure; parfois, elle ne fut révélée que plusieurs heures après la boisson d'épreuve.

Les modifications dans la durée de l'élimination ne nous ont laissé aucune raison de supposer que le délire en subissait quelque influence.

Une seule fait demeure : c'est la constance de la glycosurie à l'origine de l'accès.

Elle disparaît après une durée moyenne d'une quinzaine de jours, en même temps que diminuent les accidents généraux et le délire. Les malades sortent habituellement guéris après un traitement de deux à cinq semaines.

Dans les cas où un état grippal, un peu de congestion pulmonaire furent les précurseurs de l'accès, les symptômes parurent s'amender assez promptement; peut-être l'insuffisance hépatique était-elle moins directement en cause. Nous n'avons pas de renseignements toujours assez exacts ou assez complets sur le mode de début des accidents, pour accorder une importance particulière à ces faits.

Les relations de l'insuffisance hépatique et des troubles mentaux sont particulièrement bien mises en évidence dans la deuxième série, car la disparition du délire est calquée sur celle de la glycosurie.

Nous avons rencontré des alcooliques affaiblis avec embarras de la parole, paresse pupillaire, troubles de la mémoire, et des individus dont les stigmates ou la forme de délire ne laissaient aucun doute sur leur caractère de dégénérés. Dans ces deux groupes, l'internement se prolongea parfois longtemps après la disparition du sucre.

Etant données les constatations qui précèdent, nous croyons qu'il est possible de conclure ainsi notre étude :

I. — La *glycosurie alimentaire* est cliniquement la signature de l'insuffisance hépatique qui apparaît parfois chez les alcooliques chroniques sous des influences diverses : excès inaccoutumés de boisson, traumatisme, surmenage, état grippal.

L'*auto-intoxication* due à cette insuffisance fait éclater le délire chez des individus prédisposés.

II. — Cette notion étiologique ne doit pas être perdue

de vue et il convient d'instituer le traitement immédiat et préventif de l'insuffisance hépatique.

III. — La disparition parallèle de la glycosurie alimentaire et du délire, quelle qu'ait été la durée de leur évolution, est en général d'un pronostic favorable.

IV. — Si le délire n'a pas complètement cessé, ou si l'état mental présente encore des réactions d'ordre pathologique, lorsque la glycosurie a disparu depuis un certain temps (deux mois environ), le pronostic mental doit être très réservé.

V. — Ce pronostic est sérieux pour les individus âgés, dont les centres nerveux ont subi des désordres graves par le fait d'une intoxication alcoolique ancienne, et chez lesquels on ne trouve pas de glycosurie alimentaire.

VI. — Il est encore beaucoup plus sombre lorsque le manque de parallélisme entre la glycosurie alimentaire et le délire survient chez des sujets jeunes, dont l'alcoolisme est récent, à propos desquels on est en droit d'envisager la possibilité de la dégénérescence mentale, et ses conséquences pour l'avenir intellectuel des malades.

VU :

VU :
Le Doyen,

Le Président de la Thèse,
LANNOIS.

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 15 décembre 1908.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ARUNDO (D'). — Les intoxications et les infections dans les maladies mentales et les névropathies (*Presse Médicale*, 3 novembre, 1900).
- ACHARD et CASTAIGNE. — Examen chimique des fonctions rénales par l'élimination provoquée (Masson, 1900).
- ANGLADE. — Etiologie générale des maladies mentales (Traité Gilbert Ballet, livre I, chapitre II).
- GILBERT BALLET. — Académie de médecine, 28 juin 1898.
- GILBERT BALLET et MAURICE FAURE. — Contribution à l'anatomie pathologique de la psychose polynévritique et de certaines formes de confusion mentale primitive (*Presse Médicale*, 30 novembre 1898).
- BARBACCI. — Altérations des éléments nerveux dans la cholémie permanente par ligature du cholédoque (*Revue neurologique*, 1899).
- ALICE BENETT. — *American Journal of Insanity*, octobre 1890.
- LÉON BERNARD. — Etude critique des méthodes de détermination de la toxicité du sérum sanguin et de l'urine (*Revue de médecine*, 1900).
- BOURNEVILLE. — Etude clinique et thermométrique sur les maladies du système nerveux (2^e fascicule, 1873).
- BOUVAT. — Essai sur l'urémie délirante (thèse de Lyon, 1883).
- BRISSAUD et LAMY. — Attitudes cataleptiques chez un brightique délirant (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1890).
- BRUIN (DE). — Sur l'action toxique de la bilirubine (Amsterdam, 1889).
- CARRIER. — Délire aigu (Congrès de Limoges, 1901).

- CARRIVE. — Insuffisance hépatique par paludisme avec délire (*Archives générales de médecine*, 11 août 1903).
- CASSAET. — Congrès de médecine interne de Toulouse (avril 1902).
- CASTAIGNE et RATHERY. — Etude expérimentale de l'action de solutions de chlorure de sodium sur l'épithélium rénal (*Semaine médicale*, 20 septembre 1903).
- CHARRIN. — Maladies du foie et folie (Société de Biologie, juillet 1892).
- Délire avec cirrhose alcoolique et tuberculose (Soc. méd. hôp., janv. 1896).
- Société de Biologie, 3 mars 1900.
- CHAUFFARD. — In Pat. générale.
- CHEVALIER-LAVALRE. — Des auto-intoxications dans les maladies mentales (thèse Bordeaux, 1890).
- CULLERRE. — Hépatisme et psychose (*Arch. Neurologie*, nov. 1808).
- *Archives de Neurologie* (décembre 1901).
- CYR. — Accidents nerveux graves déterminés par des coliques hépatiques (*Union médicale*, 1882).
- DE RECHTER. — *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, 1892, 4^e série.
- DELAYE et FOVILLE. — Nouveau Journal de médecine, sept. 1821.
- DUPRÉ. — Troubles psychiques dans les encéphalopathies organiques (traité Gilbert Ballet, livre VI, chap. II).
- ESQUIROL. — Traité des maladies mentales, 1838.
- FALK. — Altérations microscopiques du rein et du foie dans 52 cas de troubles psychiques (Saint-Petersbourg, 1897).
- Maurice FAURE. — Sur un syndrome mental fréquemment lié à l'insuffisance des fonctions hépato-rénales (thèse de Paris, 1900).
- GEORGET. — De la Folie (1820).
- GILBERT et LEREBoullet. — Stéatose hépatique latente des alcooliques (Soc. méd. hôp., 20 juin 1902).
- GILBERT et LEREBoullet. — Psychologie des cholémiques. — La neurasthénie biliaire (*Bul. Soc. méd. hôp.*, 6 août 1903).
- GILBERT, LEREBoullet et COLOLIAN. — Origine biliaire de la mélancolie.
- GOUGET. — Insuffisance hépatique (Masson, Paris).

- GOURAUD. — *Archives générales de médecine* (11 août 1903).
- GRILLI. — *Lo sperimentale* (30 mars 1889).
- GUISLAIN. — *Traité de l'aliénation mentale* (1826, t. I).
- HAMMOND. — Abscès du foie, leur association avec l'hypocondrie et leur traitement (*Gazette hebdomadaire*, 1880).
- HANOT ET GILBERT. — *Études sur les maladies du foie*.
- HASCOVEC. — Notes sur l'urobilinurie et l'hématoporphyrinurie toxiques dans les maladies mentales (*Revue neurol.*, 1899).
- JOFFROY. — *Leçon de la Salpêtrière* (11 décembre 1890).
- *Leçon de l'Asile clinique* (mai 1895). — Soc. méd. hôp. (1896).
- JOSUÉ ET SALOMON. — Un cas de rhumatisme cérébral avec examen anatomo-pathologique (Société médicale des hôpitaux, 22 octobre 1903).
- JUQUELIER. — Contribution à l'étude des auto-intoxications (thèse de Paris, 1903).
- JUQUELIER ET PERPÈRE. — Sur un cas de psychose polynévritique, 30 novembre 1903).
- KISCHKINE. — Deux cas de cérébropathie toxique à la suite de l'ictère (*Moniteur russe de psychiatrie*, 1896).
- KLIPPEL. — De l'insuffisance hépatique dans les maladies mentales (*Archives générales de médecine*, août 1892).
- Du délire des alcooliques (*Mercredi médical*, 8 octobre 1893).
- De l'origine hépatique de certains délires des alcooliques (*Annales médicales de psychologie*, septembre-octobre 1894).
- Délire et auto-intoxication hépatique (*Revue de psychiatrie*, septembre 1897).
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Insuffisance hépatique (*Presse médicale*, 27 août 1902).
- LASÈQUE. — Des accidents cérébraux qui surviennent dans le cours de la maladie de Bright (*Archives générales de médecine*, 1852).
- LEGENDRE. — Société médicale des hôpitaux (3 mai 1902).
- LEGRAIN ET VIGOUROUX. — Société anatomique (20 novembre 1903).

LEGRAND DU SAULE. — Société médicale des hôpitaux (10 juillet 1885, octobre 1886, 13 juin 1890).

LŒPER. — Thèse Paris (1903).

LÉVI (Léopold). — Troubles nerveux d'origine hépatique (thèse de Paris, 1896).

— Le délire dans les affections hépatiques (*Archives générales de médecine*, 1896).

MASSALONGHO. — Hépatisme et neuropathie (*Annales médicales de psychologie*, 1901).

MARIE (Pierre) et GUILLAIN. — Société médicale des hôp. (3 mai 1902).

MOREAU (de Tours). — De l'identité de l'état de rêve et de la folie. (*Annales médicales de psychologie*, 1888).

RAPHÉLY. — Thèse Lyon (1889).

RAYMOND. — Relation de l'albuminurie avec les psychoses (*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 1890).

RÉGIS et CHEVALIER-LAURE. — Des auto-intoxications dans les maladies mentales (Rapport du Congrès de la Rochelle, 1893).

RÉGIS. — Auto-intoxications et délires (*Mémoires Soc. méd. psych.*, 1898).

— Précis de psychiatrie.

ROUBINOVITCH. — Troubles mentaux dans les auto-intoxications (Traité Gilbert-Ballet, 1. III, chap. IV).

VIGOUROUX (A.). — Le délire onirique (*Archives générales de médecine*, janvier 1903).

VIGOUROUX (A) et JUQUÉLIER. — Insuffisance hépatique et délire (Société médico-psychologique, juin 1902. *Revue de psychiatrie*, septembre 1902).

— Trois cas de délire par insuffisance de la fonction rénale ayant simulé le délire alcoolique (Société médico-psychologique, novembre 1902).

